FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges JAIS

Né à Alger, le 19 avril 1881
De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Médaille d'honneur des épidémies

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE

L'HYDRAMNIOS AIGUE

DANS LA GROSSESSE GÉMELLAIRE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Président : M. BAR, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
MARCEL LABBÉ

Externat 1903-1904, hôpital Laënnec (consultations)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAYEM

Externat 1904-1905, hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Externat 1905-1906, hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER

Externat 1906-1907, hôpital Hérold

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Externat 1907-1908, hôpital Laënnec

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
PIERRE SEBILEAU

Chef du service d'oto-rhino-laryngologie, hôpital Lariboisière
Externat 1908-1909.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HYDRAMNIOS AIGUE

DANS LA GROSSESSE GÉMELLAIRE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

L'hydramnios est fréquent dans le cas de grossesse gémellaire, au point que les différents traités classiques sont d'accord pour admettre que le diagnostic de la grossesse gémellaire est d'autant plus difficile à établir qu'il existe presque toujours une exagération de liquide dans les grossesses doubles. Mais, le plus souvent, il se développe progressivement à partir du quatrième ou du cinquième mois et s'accroît lentement. Ce n'est en général qu'à une époque assez avancée de la grossesse que la complication est signalée par la femme et constatée par le médecin. Ce n'est pas de cette polyhydramnie chronique que nous nous occuperons, mais d'une hydramnios plus rare, véritable accident de la grossesse, qui se produit de bonne heure, parfois dès le deuxième mois, qui augmente rapidement le volume de l'utérus au point de le faire passer en quelques jours à la taille de la grossesse à terme et de provoquer des accidents graves chez la femme.

Cette variété d'hydramnios est connue depuis

assez longtemps, mais les observations en sont encore assez rares et son diagnostic ne se fait pas sans quelque difficulté pour le médecin qui n'assiste qu'aux accidents terminaux. Nous avons eu l'occasion l'an dernier d'assister à son évolution chez une dame de nos connaissances et nous avons cru intéressant d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons recherché la plupart des cas publiés et en rapportons les observations (résumées le plus souvent).

Nous chercherons à en fixer, non pas l'étiologie qui prête encore à controverse et pour laquelle des examens multiples de pièces seraient nécessaires, sans compter une expérimentation des plus difficiles, mais surtout les signes cliniques et la thérapeutique qu'il convient d'y apporter, en nous basant sur l'expérience de ceux dont nous publions les observations.

INTRODUCTION

Jusqu'à Tarnier, il est peu question dans les traités classiques de l'hydramnios en général et de l'hydramnios aigu en particulier ; cependant on en trouve des observations publiées dès le XVII[e] siècle. Nous rapportons une observation de Mauriceau qui date de 1682. Bien qu'elle soit rédigée dans des termes assez vagues, elle laisse néanmoins voir que l'expérience du vieil accoucheur n'était pas sans avoir remarqué que la grossesse gemellaire s'accompagnait souvent d'hydramnios, ou plutôt, car le terme n'existait pas encore, d'hydropisie de la matrice.

Des observations sont publiées de loin en loin, toujours dans des termes si vagues qu'il est difficile de les identifier, mais c'est à partir de la deuxième moitié du XIX[e] siècle que la question de l'hydramnios est vraiment étudiée scientifiquement. Charpentier publie, en 1880, un important mémoire dans les Archives de tocologie ; l'année suivante la thèse de Bar apporte des données toutes nouvelles sur la pathogénie de l'hydramnios.

En 1894, Maygrier et Demelin décrivent l'hydramnios de la grossesse gemellaire et insistent tout spécialement sur l'allure clinique qu'elle comporte et

sur le pronostic qu'il convient d'en porter. Cependant, malgré de nombreux travaux parus depuis sur la question, si la clinique en est assez bien fixée, la pathogénie et le traitement en restent encore mal précisés.

La pathogénie en est, en effet, assez délicate à exposer ; on ne peut faire d'expériences qui pourraient démontrer péremptoirement la vérité des hypothèses émises et celles-ci restent plus ou moins d'accord avec les faits observés et avec l'anatomie pathologique.

Pour le traitement, il faut bien dire qu'il n'a pu être jusqu'ici curatif et qu'on s'est borné à intervenir lorsque les accidents compromettaient gravement la santé de la mère, et si le traitement varie c'est surtout en raison d'incertitude dans le diagnostic porté que nous voyons hésiter entre hydramnios, kyste de l'ovaire, ascite ou péritonite suivant le cas.

Il importe donc d'en fixer la clinique pour éviter ces erreurs de diagnostic qui mènent la malade à des laparotomies exploratrices qui peuvent être dangereuses.

CLINIQUE

L'hydramnios ou polyhydramnie est l'exagération de la quantité de liquide amniotique contenue dans l'œuf. On admet qu'il y a hydramnios dès que cette quantité atteint ou dépasse 1.000 grammes. Cette exagération se produit fréquemment, surtout dans la grossesse gemellaire, sans donner lieu à des accidents sérieux, et nous ne voyons que rarement ces accidents se déclarer lorsque cette augmentation de liquide se fait brusquement, distendant rapidement l'utérus qui en quelques jours atteint et dépasse la taille d'un utérus à terme, causant une augmentation de la pression intra-abdominale et déterminant des troubles de la respiration, de la circulation et de la digestion comme une tumeur volumineuse peut le faire.

La fréquence de ces cas où l'hydramnios se développe rapidement est peu considérable et nous trouvons dans la thèse de Siou les chiffres suivants :

Sur 10.977 accouchements, il trouve 623 cas d'hydramnios, parmi lesquels 8 seulement ont évolué rapidement. Clavaud-Ribourjon rapporte 42 cas d'hydramnios ayant évolué dans des grossesses

gemellaires, recueillies dans le service du professeur Pinard. Cinq fois seulement, l'hydramnios évolua avec accidents sérieux et rapidement.

C'est donc un accident rare de la grossesse et les hésitations de diagnostic sont bien permises à ceux qui sont peu au courant de l'évolution de la maladie et qui n'assistent qu'aux derniers accidents qui peuvent en imposer pour une péritonite.

L'hydramnios à marche rapide se rencontre le plus souvent chez les multipares, nous avons trouvé sur 39 cas où nous avions des renseignements, 29 multipares contre 10 primipares, environ 3 contre 1.

Le début des grossesses gemellaires n'a en général rien de bien particulier, l'utérus qui est cependant plus volumineux qu'à l'état de grossesse normale n'exerce encore aucune compression et seule une exagération des phénomènes dits sympathiques de la grossesse et en particulier des phénomènes d'intoxication est à remarquer : on voit les vomissements être plus violents et plus prolongés que d'habitude. On peut voir apparaître assez précocement de la courbature, une sensation de fatigue, de la perte d'appétit, et même des douleurs plus ou moins vagues et des sensations de pesanteur dans le bas-ventre.

A l'examen médical, on a noté quelquefois une forme un peu anormale de l'utérus due à la distension d'une de ses cornes, dans laquelle s'est greffé l'œuf qui y prend un développement rapide en repoussant cette région moins résistante. Cette ano-

malie de forme peut favoriser la rétroversion de l'utérus gravide, comme le ferait un fibrome ; enfin, on a noté une mollesse exagérée de l'utérus qui s'explique par la quantité de liquide déjà anormale dès le début de la grossesse.

Quoi qu'il en soit, la marche de la grossesse gemellaire ne présente pas en général d'incident qui attire l'attention jusqu'au jour, où, pour une cause subite qu'il est difficile d'établir, la quantité du liquide amniotique augmente brusquement. Quelquefois la femme et son entourage avaient déjà remarqué que le volume du ventre était un peu gros pour l'âge de la grossesse et les multipares, rappelant leurs souvenirs, s'étonnent souvent et déplorent de se voir aussi volumineuses, mais ne ressentant aucun malaise, n'y attachent qu'une importance de coquetterie.

Brusquement en général tout change. La femme se trouve d'un jour à l'autre plus serrée dans ses vêtements et se voit obligée de les abandonner pour d'autres plus amples. Les troubles digestifs : nausées, vomissements reparaissent, la femme mange peu car dès qu'elle a pris la moindre chose son estomac la fait souffrir et sa distension s'ajoute à la gêne abdominale, sensation de brûlures au creux épigastrique, renvois gazeux, vomissements, lui font bientôt redouter toute alimentation. La constipation est opiniâtre surtout par compression du rectum ; les évacuations sont pénibles et douloureuses.

La femme devient pesante et éprouve de la peine

à se remuer, surchagée qu'elle est de ce brusque fardeau. Les jambes enflent et l'œdème remonte jusqu'aux organes génitaux ; le plus souvent on constate de l'œdème sus-pubien. La quantité des urines s'abaisse quoique les envies d'uriner soient fréquentes et impérieuses.

Le pouls bat plus rapidement et nous voyons chez les auteurs anciens intervenir une phase fébrile que nous ne trouvons plus dans les observations récentes, comparable probablement à la période dite fébrile des vomissements incoercibles qui n'est qu'une phase d'accélération du pouls.

La respiration devient difficile car elle ne peut plus être abdominale, le diaphragme se trouve fixé par la distension et la pression du contenu abdominal. Cette distension limite même l'amplitude de la respiration costale et la respiration moins ample se fait plus rapide sans pouvoir toujours satisfaire aux échanges et éviter la cyanose.

Par-dessus tout cela règne un trouble nerveux qui va croissant. Les douleurs abdominales intermittentes d'abord deviennent continuelles, la femme est dans un état d'angoisse de plus en plus marquée, elle ne peut plus accomplir aucun acte normal, manger et boire lui apportent de la douleur, elle ne peut remuer facilement et cependant elle ne peut reposer. La position couchée augmente ses douleurs et sa dyspnée, elle ne sait plus comment se tenir ; la station assise est aussi difficile que pénible ; se tenir

debout est impossible longtemps et amène par la pesanteur du ventre de nouveaux malaises.

Aussi voit-on la femme être dans un état d'agitation croissante, changeant continuellement de place, tournant dans sa chambre comme une bête enfermée dans sa cage, quittant le lit pour faire quelques pas, son fauteuil pour reprendre le lit. Le sommeil devient impossible et par-dessus tous ces supplices, l'état d'esprit de cette pauvre femme se voit découragé par l'inutilité des remèdes qu'on lui fait prendre, et, de désespoir, elle arrive à en demander un remède radical quel qu'il soit, elle supplie qu'on la débarrasse.

Le médecin y est d'autant plus enclin que souvent l'état de la femme n'est pas sans l'inquiéter beaucoup ; l'amaigrissement est rapide ; les traits du visage fort altérés, le nez pincé, les yeux excavés, l'air angoissé donnent à la femme un facies abdominal. Si les vomissements sont constants, si la compression du rectum rend impossible l'évacuation des matières ou des gazes, le pouls rapide, la sensibilité et la tension des parois abdominales amènent vite dans son esprit l'idée d'une péritonite et l'intervention chirurgicale se pose à ses yeux comme une éventualité urgente.

L'examen à ce moment peut être des plus délicats. Les parois abdominales sont extrêmement tendues et douloureuses, et le palper ne peut lui apporter grands renseignements ; la percussion montre l'existence d'une tumeur liquide qui remplit tout l'abdomen et, dans quelques cas, on n'a trouvé sonore qu'une

toute petite partie du creux épigastrique et une petite zone en arrière près de la colonne vertébrale.

Dans ces cas le diagnostic est presque impossible à poser entre ascite, kyste de l'ovaire ou hydramnios. Cependant la forme du ventre est assez caractéristique ; au lieu d'être étalé sur les côtés comme dans l'ascite, il est plutôt globuleux, se moulant assez bien sur l'utérus ovoïde. La peau est tendue, luisante, nacrée ; on y voit transparaître un lacis veineux plus ou moins dilaté par la circulation collatérale qui s'y développe. On trouve à la partie inférieure de l'abdomen un œdème sus-pubien qui vient encore gêner l'examen.

Si le médecin laisse quelque temps ses mains en place sur le ventre de la femme, il peut avoir la chance de sentir le contenu abdominal se durcir et se relâcher sous ses doigts en même temps que la femme peut accuser un accroissement ou une sédation de sa douleur ; s'il peut obtenir ce signe, il sera certain que la tumeur qui distend le ventre de la femme est bien l'utérus, seul celui-ci est animé de contraction.

De signes fœtaux dans cet abdomen distendu il n'est pas question ; la femme ne perçoit plus les mouvements actifs, si elle les a déjà ressentis ; le médecin ne les sentira pas, non plus que le ballottement fœtal ; l'auscultation se montre, elle aussi, négative, d'autant que ces phénomènes peuvent se produire avant la fin du cinquième mois.

Le toucher ne lui donnera non plus souvent des

renseignements bien utiles : le col est très élevé le plus souvent, quelquefois entrouvert, dehiscent, mais pas toujours ; le segment inférieur peut être tendu si l'hydramnios se développe dans l'œuf inférieur ; s'il s'est développé dans l'œuf supérieur et que l'œuf qui est en contact avec le col est normal ou même oligoamniotique, on trouvera le col fermé, le segment inférieur souple et on constatera la présence d'un fœtus qui ne ballottera pas comme dans l'hydramnios et ce nouveau renseignement ne sera pas pour éclairer le diagnostic.

Heureusement les difficultés sont le plus souvent beaucoup moins grandes et la femme va consulter son médecin avant que la distension utérine soit aussi considérable. Le médecin constate alors une tumeur médiane, tendue, dans laquelle il peut provoquer la formation d'un flot de liquide ainsi que le ballottement fœtal.

Sur cette tumeur, en général uniformément tendue, il pourra constater une différence de tension soit dans la partie inférieure, soit dans la partie supérieure. Il pourra sentir la contraction utérine se faire sous sa main, quelquefois même son palper pourra lui permettre de localiser les pôles fœtaux.

A la percussion, il trouvera une zone de matité médiane, entourée de zone de sonorité de chaque côté et dans le creux épigastrique. Cette zone de matité ne se déplacera pas avec les changements de position de la malade.

Au toucher le col sera le plus souvent long et

fermé, la déhiscence du col semble être réservée à l'hydramnioss chronique; dans l'hydramnios à marche rapide qui débute le plus souvent avant cinq mois, il semble que la distension porte uniquement sur le corps utérin.

Ce n'est que lorsque l'utérus est distendu à son maximun, lorsque son fond atteint les fausses-côtes, que le col se modifie en général en même temps qu'apparaissent les contractions utérines qui arriveront à expulser le contenu utérin.

Tous ces phénomènes apparaissent assez tôt dans la grossesse. Dans les 40 cas où nous avons pu trouver des renseignements sur la date de l'apparition de l'hydramnios, nous voyons que l'hydramnios a pris une marche aiguë :

2 fois au deuxième mois de grossesse ;
8 fois au troisième mois ;
4 fois à trois mois et demi ;
3 fois à quatre mois ;
5 fois à quatre mois et demi ;
13 fois à cinq mois ;
2 fois à cinq mois et demi ;
3 fois à six mois.

Le médecin assistera à l'évolution de l'hydramnios, il pourra voir l'utérus augmenter de taille de jour en jour, sa hauteur au-dessus du pubis passer de 25 à 30 centimètres en un ou deux jours, arriver à mesurer 35 centimètres et plus (44 centimètres dans un cas).

La circonférence au niveau de l'ombilic aller jusqu'à 100 et 125 centimètres. En même temps les douleurs, la dyspnée l'oligurie, l'anxiété apparaissent, le pouls devient rapide (110 à 140 pulsations), l'estomac devient intolérant, les garde-robes se suppriment et, en quelques jours, le médecin voit s'installer le tableau si inquiétant que nous indiquions tout à l'heure.

Cet état d'intolérance ne peut durer et la nature apporte elle-même le remède, l'utérus par trop distendu entre en contraction, la rupture des membranes se produit, apportant un soulagement immédiat aux maux dont souffre la malade, et l'avortement spontané se produit le plus souvent au bout d'un temps variable après le début de l'hydramnios, mais peu de jours après l'apparition de la dyspnée et des troubles graves.

Le temps qui a séparé l'apparition de l'hydramnios de l'avortement a été dans 38 observations où ce renseignement figure :

2 fois au bout de quelques jours ;
11 fois au bout de quinze jours ;
8 fois au bout de un mois ;
10 fois au bout de un mois et demi ;
3 fois au bout de deux mois ;
4 fois au bout de trois mois ;

et la terminaison se fit :

1 fois à trois mois et demi ;
2 fois à quatre mois ;

7 fois à quatre mois et demi ;

9 fois à cinq mois ;

17 fois à cinq mois et demi ;

9 fois à six mois ;

4 fois à six mois et demi ;

2 fois à sept mois ;

Il ne faut pas compter ici comme dans l'hydramnios chronique, voir après une poussée aiguë, les accidents se calmer et la grossesse aller jusque vers son terme. Nous n'avons pas rencontré une seule observation qui relate cet incident.

L'avortement se fait le plus souvent en trois temps, quelquefois en deux. Il débute en général par la rupture spontanée des membranes, soit avant toute modification du côté du col, soit après son effacement, ou même à la dilatation complète, et un phénomène qui surprend toujours, c'est la résistance des membranes, cependant fragiles, qui supportent une pareille tension. Lorsque la rupture se fait tardivement, le travail marche avec lenteur, comme dans tous les cas d'hydramnios ou de gros œuf, le muscle utérin surdistendu voit ses contractions inefficaces, irrégulières ; la durée de la période de dilatation est prolongée. Par contre, dès que les membranes sont rompues, spontanément ou artificiellement, le travail se précipite et l'expulsion du premier fœtus ne tarde guère. Ici la présentation importe peu, et la présentation de l'épaule elle-même ne retarde pas l'expulsion ; souvent même le fœtus traverse un col incomplètement dilaté.

La marche lente de l'expulsion du premier fœtus peut se produire encore dans les cas ou l'œuf inférieur n'est pas atteint d'hydramnios. On a beau rompre largement les membranes, on est étonné du peu de liquide qui s'écoule, le fœtus s'engage, mais les contractions utérines restent insuffisantes à provoquer son expulsion, jusqu'au moment où le deuxième œuf s'ouvre, permettant enfin à l'utérus de récupérer sa contractilité.

La quantité de liquide évacué hors de l'utérus varie dans des proportions considérables ; elle peut varier de 2 litres à 20 litres et plus même.

Le plus souvent l'utérus voit ses contractions s'arrêter après l'expulsion du premier fœtus, il se retracte d'abord, puis se contracte à nouveau et expulse le second fœtus quelquefois en même temps que le placenta. Et ici nous voyons, lorsque le second œuf n'est pas atteint d'hydramnios, et surtout lorsqu'il y a oligoamnios, le second fœtus expulsé dans ses membranes en même temps que le placenta (5 fois sur 47 cas) (Pollosson, Lamouroux, Couvelaire. Wilson et Commandeur).

La délivrance se fait en général spontanément et en un seul temps, même lorsqu'il s'agit d'une grossesse bivitelline et que les deux placentas sont séparés.

Lorsque les délivres sont multiples, il peut arriver que la sortie d'un fœtus soit suivie immédiatement de celle de son placenta, puis l'autre fœtus est expulsé à son tour.

La rétention placentaire est rare, et se produit surtout lorsque les fœtus ont été expulsés au travers d'un col insuffisamment dilaté. Quelquefois elle est précédée d'une hémorragie abondante, surtout quand l'évacuation a été rapide et dans 8 cas sur 48 on a été obligé de faire la délivrance artificielle.

Dans ces cas d'hydramnios à marche aiguë l'utérus par trop distendu se contracte et expulse son contenu le plus souvent spontanément (30 fois sur 48), souvent aussi le médecin inquiet de l'état vraiment misérable de la mère provoque l'accouchement, ou, lorsque le diagnostic de la cause de ces accidents est incertaine, vide la tumeur liquide par ponction abdominale (6 fois) ou même intervient par la laparotomie.

Nous verrons ce qu'il faut penser de ces interventions.

Le pronostic est donc des plus mauvais pour les fœtus qui sont toujours sacrifiés, la grossesse étant le plus souvent interrompue avant qu'ils ne soient viables et même lorsqu'ils naissent à sept mois, leurs chances de vie sont des plus précaires, car ils sont des plus débiles et apportent en naissant les maladies ou les troubles fonctionnels, cause principale la plus probable des accidents qui ont menacé leur mère : on conçoit dans ces conditions qu'ils ne tardent pas à mourir même lorsqu'ils naissent à sept mois.

Pour la mère le pronostic est tout à fait différent et malgré l'état grave où la distension de l'abdomen peut la conduire, malgré tous les troubles fonction-

nels que nous avons signalés, presque immédiatement après l'évacuation de son utérus, elle reprend sa santé habituelle.

Le pronostic *quo ad vitam* est aussi peu grave. Nous ne rapportons qu'un cas mortel par infection utérine succédant à une rétention placentaire.

Encore faut-il ajouter que ce cas remonte à 1887, époque où l'asepsie était encore inconnue et où l'antisepsie obstétricale était encore à ses débuts.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hydramnios précoce à marche rapide peut être des plus délicats, nous l'avons fait entrevoir déjà. Lorsque le médecin assiste à l'évolution des accidents il ne présente en général pas de difficulté. Le médecin qui a constaté la grossesse à son début et voit évoluer l'utérus qui devient rapidement plus gros que ne le comporte l'âge de la grossesse ne peut guère fait d'erreur de diagnostic.

Une autre maladie de l'œuf peut donner à l'utérus une taille hors de proportion avec l'âge de la grossesse, c'est la môle hydatiforme, elle est des plus rares (une fois pour deux mille grossesses) et cette complication dans la grossesse gémellaire n'a été rencontrée que tout à fait exceptionnellement. Les accidents qu'elle provoque ne sont pas ceux de distension utérine et de compression que nous voyons dans l'hydramnios mais au contraire des hémorragies à répétition. Les sensations recueillies par le palper sont différentes, l'utérus n'est pas fluctuant, ni tendu, il est mou, dépressible ; souvent la tumeur est régulière et conserve la forme de l'utérus gravide; dans certains cas on y trouve des nodosités, des déformations sen-

sibles à sa face antérieure ou sur son fond. Enfin les accidents apparaissent de bonne heure et l'avortement se produit le plus souvent aux environs du troisième mois.

Les difficultés du diagnostic sont des plus considérables lorsque le médecin est appelé alors que les accidents de tension abdominale existent depuis quelques jours. Le palper devient alors presque impossible par suite de la tension de la paroi et des douleurs de la malade et les médecins les plus instruits peuvent rester hésitants devant un diagnostic que seule une intervention viendra fixer.

Un premier point est d'abord à préciser, la grossesse existe-t-elle ?

On connaît les phénomènes sympathiques de la grossesse qui accompagnent le développement de tumeurs abdominales et peuvent induire en erreur.

La suppression des règles, la pigmentation de la ligne brune et des seins, la saillie des tubercules de Montgommery, le ramollissement du col utérin seront d'excellents signes de probabilité de grossesse qu'on devra toujours rechercher. Souvent la femme n'aura pas perçu les mouvements actifs, et le médecin les recherchera vainement ; l'auscultation ne permettra d'entendre aucun bruit fœtal, soit que les fœtus soient morts, soit qu'il y ait une trop grande quantité de liquide interposé. Ce sont autant de difficultés ; cependant il est rare qu'on méconnaisse la grossesse. Le plus souvent l'esprit du médecin se

porte vers l'hypothèse d'une autre production liquide venant compliquer la grossesse.

L'ascite peut coexister avec elle, mais alors l'abdomen n'a plus la forme globuleuse, il est étalé en ventre de batracien. La matité se trouve dans les parties déclives, la sonorité est médiane et elles se déplacent suivant les positions de la malade, la fluctuation est aussi plus nette et la tension de la paroi moins considérable, enfin il est rare que l'ascite évolue d'emblée avec une grande rapidité.

Les phénomènes digestifs : intolérance stomacale et suppression des garde-robes et des gazs peuvent en imposer pour une péritonite accompagnant la grossesse, surtout lorsque le pouls prend une rapidité considérable, est petit et filiforme (cas de Boissard) et la laparotomie seule permet d'écarter le diagnostic de grossesse compliquée d'accidents péritonéaux d'origine appendiculaire ou de rupture de grossesse extra-utérine qu'on avait porté dès l'abord.

On a pu prendre une rétention d'urine compliquant une rétroversion de l'utérus gravide pour un utérus surdistendu par le liquide. Cette erreur est facile à éviter, car avant tout examen pour tumeur abdominale il est de règle de pratiquer le cathétérisme vésical.

Le diagnostic le plus délicat est celui de kyste abdominal compliquant ou non une grossesse : kyste de l'ovaire, hydronéphrose, kyste hydatique, etc.

Ici encore la rapidité de l'évolution de l'hydram-

nios viendra en aide au médecin, il est rare qu'un kyste subisse une augmentation assez rapide pour remplir en quelques jours la cavité abdominale. Le toucher permettra de sentir le corps utérin refoulé dans le bassin ; enfin s'il s'agit d'une hydramnios et non d'un kyste, on pourra sentir la contraction utérine qui donnera la clef du mystère. Ici encore la laparotomie plutôt que la ponction abdominale lèvera seule les doutes dans les cas difficiles.

Un diagnostic accessoire pourra être intéressant à porter lorsqu'on aura affaire à l'hydramnios, c'est celui de la gemellité. La marche rapide de l'affection devra d'abord y faire penser, dans quelques cas on pourra l'affirmer par un examen précis. On pourra dans quelques cas sentir plusieurs pôles fœtaux ; dans d'autres la tension perçue par le palper sera différente suivant les points de l'utérus ou même différente de celle qu'on pourra sentir par le toucher au niveau du segment inférieur. Ce signe décrit par Trachet a permis à M. Rémy d'affirmer le diagnostic de grossesse double.

Cependant le diagnostic basé sur des sensations aussi délicates pourra se trouver en défaut et la marche rapide de l'hydramnios a pu se rencontrer dans la grossesse simple avec des symptômes cliniques comparables à ceux que nous avons rapportés dans la grossesse gemellaire.

Nous en avons trouvé un cas dans la thèse de M. Bar.

Une III-pare de vingt-huit ans qui avait eu déjà de l'hydramnios lors de sa première grossesse, voit ses règles pour la dernière fois le 12 janvier 1881. Les débuts de sa grossesse sont marqués par de l'anorexie et des vomissements. Vers le quatrième mois elle remarque que son ventre grossit tout à coup et depuis ce moment son volume n'a pas cessé de s'accroître très rapidement et la malade a toujours éprouvé des douleurs vives dans la région hypogastrique.

Elle entre à la Maternité le 14 septembre. Depuis la veille, la poche des eaux était rompue et il s'était écoulé une quantité d'eau considérable. Elle perd environ 3 litres pendant son séjour à la Maternité avant l'accouchement qui fait naître spontanément un enfant vivant qui eut de la dyspnée et mourut trois heures après la naissance. L'autopsie montra des lésions syphilitiques du foie, de la rate et des poumons.

Dans la thèse de Siou nous trouvons deux fait analogues :

Observation XVI. — Virginie C..., trente-quatre ans, VI-pare, les accouchements antérieurs spontanés et à terme. Dernières règles du 25 au 30 novembre. Il y a à peine quinze jours elle a commencé à percevoir les mouvements actifs du fœtus lorsqu'elle entre à la clinique Baudelocque le 4 avril 1893.

Au mois de février, elle a commencé à souffrir de douleurs dans les côtés. Le 27 mars, elle a été prise de douleurs très violentes dans les cuisses, dans les reins et dans la partie inférieure de l'abdomen, douleurs continues avec

sensation de pesanteur, augmentées par le moindre mouvement et pendant la miction. La pression des draps est intolérable ; le palper même superficiel exagère ces douleurs qui surviennent par accès et surtout l'après-midi.

A l'inspection, le ventre est volumineux, les parois abdominales lisses, tendues, d'une coloration blanchâtre sur laquelle font saillie des veines bleuâtres se dessinant au-dessous de l'ombilic. vergétures à la partie inférieure. L'enfant se présente par le siège en G. T. A l'auscultation le foyer est à gauche et au dessous de l'ombilic.

4 avril. — On fait une injection de morphine de 1/2 centigramme pour calmer les douleurs ; et ainsi les jours suivants.

7 avril. — A 8 heures, début du travail, dilatation complète à 10 h. 1/4. Une assez grande quantité de sang s'écoule, on rompt les membranes : 4.500 grammes de liquide amniotique teinté du sang s'écoule ; à 10 h. 1/4 le fœtus est expulsé et derrière lui sort une grande quantité de liquide qu'on ne peut recueillir.

L'enfant est mort après avoir fait quelques inspirations : Il pesait 750 grammes et mesurait 33 centimètres. Le placenta pesait 300 grammes.

Observation XVIII de la thèse de Siou. — Léonie T.., vingt-trois ans, I pare. Dernières règles du 6 au 10 juillet 1894. Le 10 août, un mois après ses règles, à la suite de rapports sexuels, elle a eu une perte qu'elle évalue à 1/2 litre de sang, qui à duré un quart d'heure et s'est arrêtée d'elle-même. Depuis ce moment, sa grossesse poursuit son cours sans accident apparent.

Nous notons toutefois qu'elle n'a jamais perçu les mouvements actifs du fœtus et que le père, syphilitique depuis

deux ans, est encore resté trois semaines en traitement à Laënnec en janvier 1894.

De plus cette femme nous dit que son ventre a subitement, rapidement et considérablement augmenté il y a deux mois (en novembre). La tension des parois est en effet très accusée. le ventre est tendu et volumineux, la hauteur de l'utérus est de 34 centimètres.

A l'arrivée le 28 janvier, le travail est déjà commencé. Rien à l'auscultation, pas de mouvements actifs. Le travail se fait lentement, les douleurs sont peu fortes. L'enfant se présente en G. T. On rompt les membranes à la dilatation complète, il s'écoule un liquide abondant et brunâtre ; l'expulsion du fœtus a lieu deux heures après.

Le placenta engagé est extrait par expression ; injection intra-utérine ; très légère hémorragie.

Le fœtus masculin est macéré. il pèse 1.650 grammes et mesure 40 centimètres. Le placenta pèse 700 grammes.

Ces trois observations sont assez semblables à celles que nous rapportons : début précoce (quatre mois et trois mois), douleurs abdominales, développement rapide et avortement qui suit d'assez près le début de l'hydramnios (un mois et deux mois) sauf dans le cas de Bar où il n'a lieu qu'au huitième mois, quatre mois après le début de l'hydramnios.

Notons cependant que dans ces cas on put faire le diagnostic de présentation ce qui implique que le palper n'était pas absolument impossible.

Dans un des cas on trouva des lésions syphili-

tiques, dans un autre des antécédents syphilitiques chez le père.

C'est là, le plus souvent, la cause qu'on devra invoquer et la seule qui permette, par un traitement intensif, d'espérer l'arrêt de l'hydramnios et nous croyons que même dans les cas ou on ne trouve ni dans les commémoratifs, ni dans l'examen de la mère la syphilis, on peut toujours prescrire le traitement spécifique, c'est la seule chance qu'on ait de traiter médicalement l'hydramnios.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ÉTIOLOGIE

Les pièces les plus intéressantes au point de vue anatomo-pathologique sont évidemment les placentas, on y peut espérer trouver des lésions qui expliquent la maladie de l'œuf que constitue l'hydramnios, malheureusement les examens complets de ces pièces sont assez rares et assez superficiels dans les cas qui nous occupent.

Le plus souvent un examen macroscopique a été fait et encore ce renseignement nous manque dans 15 cas sur 48, car nous ne pouvons noter comme suffisant celui où Mauriceau nous dit que le placenta forme une masse unique.

En effet, il y a lieu de distinguer si la grossesse est uni ou bivitelline, c'est-à-dire si elle s'est développée aux dépens d'un seul œuf ou de deux. Même alors que la grossesse est bivitelline, les placentas forment le plus souvent une masse unique (11 fois sur 16 d'après Eleuterescu), rarement ils sont séparés par un pont membraneux, plus rarement encore les deux délivrances se font séparément et les deux œufs sont absolument distincts. Dans la plupart des cas un

examen facile permettra d'affirmer qu'il y a grossesse bivitelline.

Lorsqu'on aura fait la ligature du bout placentaire du cordon du premier fœtus, une différence de coloration des deux zones placentaires sur la face utérine pourra donner au premier coup d'œil le diagnostic; si l'on suit du doigt la limite de ces deux zones diversement colorées, on arrivera sans difficulté à décoller des cotylédons placentaires, on pourra même par la face utérine arriver à décoller complètement les deux œufs en dédoublant la cloison formée par les deux lames amniochoriales.

Dans les avortements, il est fréquent qu'on ne fasse pas la ligature du premier cordon et la face utérine de la masse placentaire est colorée de façon uniforme, si bien qu'il faut rechercher ailleurs un signe de certitude.

En examinant la face fœtale de la masse placentaire, on peut voir les vaisseaux qui partent de l'un des cordons s'anastomoser à plein canal avec les vaisseaux venant de l'autre cordon ; le plus souvent ces anastomoses sont de plus visibles, les vaisseaux faisant saillies sous l'amnios. Dans ces cas on est assuré que la grossesse provient du développement d'un seul œuf.

Cependant, d'une façon tout exceptionnelle, nous voulons le croire, il peut se faire des anastomoses entre les deux circulations fœtales dans la grossesse bivitelline. Nous en rapportons un cas publié par Commandeur dans la thèse de Béguin.

« Le placenta forme une masse unique à quatre membranes, deux chorions, et deux amnios. Sur la face maternelle, on remarque très grossièrement un sillon de séparation de la masse placentaire en deux placentas. L'insertion du cordon n° 1 est vélamenteuse et se fait à 7 centimètres du bord placentaire.

L'insertion du cordon n° 2 est vélamenteuse également et se fait à 4 centimètres seulement du bord placentaire. Ces deux cordons cheminent l'un vers l'autre pour s'anastomoser au niveau de leur insertion

Nous n'avons pas rencontré d'autre fait analogue. D'autre part, dans la grossesse univitelline, les anastomoses superficielles des gros vaisseaux peuvent manquer, un examen sérieux des membranes s'impose. Dans la grossesse bivitelline, la cloison qui sépare les deux œufs se divise en quatre membranes : deux amnios et deux chorions. En général, on arrive assez bien à les dissocier, les restes de la caduque interposés entre les deux chorions facilitent cette manœuvre. Dans la grossesse univitelline, la cloison ne sera formée que de deux amnios, quelquefois même rarement il pourra ne pas y avoir de cloison de séparation. On aura affaire assurément à une grossesse univitelline mono-amniotique. Ce cas s'est produit cinq fois sur 32 des cas que nous rapportons. Cependant, exceptionnellement, la cloison peut-être largement perforée soit dans les grossesses bivitellines (Bar en a rapporté 1 cas), soit dans les grossesse univitellines (cas de Green, que nous rapportons dans notre observation XVI).

Dans les observations que nous rapportons la disposition des œufs fut la suivante : 7 grossesses bivitellines, 25 univitellines dont 5 mono-amniotiques.

L'insertion du cordon sur le placenta se fait en un endroit quelconque et assez fréquemment elle est vélamenteuse soit dans un des œufs (5 cas), soit dans les deux (1 cas).

La taille des œufs est le plus souvent disproportionnée, l'un des œufs ayant une capacité normale, l'autre exagérée, souvent on pourra même constater que l'un des œufs est oligo-amniotique alors que l'autre est hydro-amniotique.

Cette disproportion considérable entre les deux œufs a été notée dans 19 des observations que nous rapportons :

Observation II (Mercier), plus de 10 litres dans la deuxième poche supérieure.

Observation IV (Maygrier et Demelin) 6 litres dans la deuxième poche la première étant plate.

Observations IX et XXI, grandes quantité de liquide dans une seule poche.

Observation XXII, première poche peu remplie ; deuxième poche contenant 8 litres.

Observation XXIV (Rémy) 10 litres contenus dans une seule poche hydro-amniotique.

Observation XXV (Dupuy), 13 litres dans la première poche, très peu dans l'autre.

Observation XXVI, première poche avec peu de liquide, 8 litres dans la seconde.

Observation XXVII (Polosson), 12 à 15 litres dans le premier œuf, le deuxième fœtus est expulsé dans ses membranes qui s'appliquent exactement sur le fœtus sans une goutte de liquide amniotique.

Observation XXVIII (Lamoureux), 8.750 grammes de liquide recueilli, une des poches est énorme par rapport à l'autre.

Observation XXIX (Kein). 12 à 14 litres dans la première poche, la deuxième pleine d'eau.

Observation XXX (Boissard), demi litre dans le premier œuf, quantité énorme dans le deuxième.

Observation XXXI (Thoyer-Rozat), quantité normale dans le premier œuf, deuxième poche 1.050 grammes ; troisième poche, quantité normale de liquide.

Observation XXXII (Maygrier), grande abondance de liquide dans la première poche, peu dans la seconde.

Observation XXXIV (Boissard), 9 litres dans l'une, quelques grammes dans l'autre.

Observation XXXV (Couvelaire), 3.100 grammes de liquide recueilli, deuxième fœtus expulsé avec la masse placentaire unique, le sac membraneux est assez étroitement appliqué sur lui car il n'y a que des proportions infimes de liquide amniotique. On cherche sans le trouver un orifice de rupture.

Observation XLIII (Commandeur), il ne s'écoule pas de liquide à la rupture artificielle de la première poche (oligo-amnios) le liquide de la seconde est très abondant, on en a recueilli 3 litres.

Observation XLIV (Commandeur), grande quantité de liquide dans la première poche, le deuxième fœtus est expulsé

dans ses membranes qui ne contiennent que quelques grammes.

Observation XLV (Veron), à l'examen du placenta deux poches amniotiques, l'une très petite, l'autre énorme.

Le plus souvent il n'y a hydramnios que dans un seul œuf et il est exceptionnel que les quantités de liquide soient aussi considérables dans l'un que dans l'autre.

Sur les membranes fœtales, on a signalé des lésions qui ont fait prononcer le mot d'amniotité. Dans le cas de Mercier, que nous rapportons d'après Jacquemier « l'amnios était très épais, recouvert sur sa face fœtale d'une fausse membrane adhérente, concrète, albumineuse et de même nature que la substance qui nageait en morceaux dans l'eau de l'amnios. Cette surface étant nettoyée parut rosée et présentait çà et là soit des traces rouges de diverses formes, soit des veines sanguines flexueuses entortillées. Jacquemier cite une autre observation ou dans un accouchement à terme, chez une femme qui vers le quatrième mois avait eu un léger écoulement rougeâtre, puis une augmentation considérable du ventre, les membranes, dans le tiers environ de leur étendue, étaient considérablement épaissies, blanchâtres, opaques, villeuses à leur surface interne ; toute la portion épaissie était parcourue dans le voisinage du placenta par des vaisseaux très déliés ; à mesure qu'elles s'éloignaient de sa circonférence, ces ramifications capillaires devenaient de

moins en moins apparentes ; mais il existait encore à une assez grande distance du placenta des rougeurs ponctuées à la surface des muqueuses. »

D'autres exemples de cette inflammation de l'amnios, ont été rapportés par Brachet, par Sentex qui en fit la lésion essentielle cause de l'hydramnios. L'amnios, pour lui, se conduit comme une séreuse et réagit à l'inflammation par secrétion exagérée et épaississement de ses tissus, comparables aux fausses-membranes et au liquide pleural. Ahlfeld, par des examens microscopiques précis a trouvé des lésions de l'ammios consistant en une augmentation de volume des cellules épithéliales, multiplication de noyaux et production de stomates intra-cellulaires.

Quoiqu'il en soit, les auteurs modernes n'ont pas publié d'observations d'hydramnios où les lésions de l'amnios puissent être comparées à la description si précise de Jacquemier.

Si nous examinons ensuite les fœtus, nous verrons qu'il est rare que leur poids soit égal.

Dans les grossesses mono-amniotiques :

Observation VII, 330 et 220 grammes.

Observation XXXIX, 470 et 340 grammes.

Dans les grossesses univitellines :

Observation VI, 645 grammes hydro-amniotique, 560 gr. normal.

Observation XIX, 1 kilogramme hydro-amniotique, 900 gr. normal.

Observation XX, 1.100 grammes hydro-amniotique, 1.150 grammes hydro-amniotique.

Observation XXI, 400 grammes hydro-amniotique, 390 gr. normal.

Observation XXII, 960 grammes hydro-amniotique, 1.550 grammes oligo-amniotique.

Observation XXIII, 950 grammes hydro-amniotique, 1.240 grammes normal.

Observation XXV, 1.480 grammes hydro-amniotique, 813 grammes (monstre acéphale, liquide normal).

Observation XXVI, 1.190 grammes hydro-amniotique, 970 grammes, peu de liquide.

Observation XXVIII, 610 grammes hydramnios, 680 gr. oligo-amnios.

Observation XXIX, 490 grammes hydramnios, 380 gr. oligo-amnios.

Observation XXXIII, 330 grammes hydramnios, 290 gr. oligo-amnios.

Observation XXXV, 440 grammes hydramnios, 330 gr. oligo-amnios.

Observation XXXXIV, 320 grammes hydramnios, 160 gr. oligo-amnios.

Observation XXXXV, 280 grammes hydramnios, 260 gr. oligo-amnios.

Dans les grossesses bivitellines enfin :

Observation XII, 1.450 grammes hydramnios, 1.000 gr. hydramnios ponctionné.

Observation XXX, 600 grammes hydramnios, 530 grammes normal.

Observation XXXV, 440 grammes hydramnios, 330 gr. oligoamnios.

Observation XXXXIII, 750 grammes hydramnios, 520 gr. oligo-amnios.

Observation XXXXVI, 850 grammes hydramnios, 850 gr. hydramnios.

Pour résumer ce tableau : en général le fœtus contenu dans l'œuf hydro-amniotique est plus volumineux que l'autre, mais cet écart n'a rien d'absolu, les fœtus peuvent peser un poids équivalent, le fœtus hydro-amniotique peut être même plus petit que l'autre.

Dans les observations que nous rapportons nous n'avons trouvé que des renseignements assez vagues sur l'état du fœtus au point de vue anatomo-pathologique. Sur ces 47 grossesses il s'est rencontré : 3 monstres ; observation IV, Janiceps ; observation XIII monstre peracéphale qui se présente sous la forme d'une masse œdémateuse ovoïde d'où se détache le membre inférieur complet et du côté opposé un pied seulement (l'autre fœtus présente une union des deux reins) ; le troisième monstre (obs. XXV) est représenté par un acéphale phocomèle (l'autre fœtus péraissant bien constitué).

Les malformations fœtales se sont rencontrées trois fois seulement dans l'observation XIII de Chambrelent et Chenu ; à côté du monstre paracéphale se trouvait un autre fœtus d'apparence entièrement normale, l'autopsie seule révéla la malformation suivante :

Après ablation du tube digestif, on s'aperçoit que le rein gauche manque. On ne trouva de ce côté qu'une capsule surrénale logée dans la concavité du diaphragme. Toute la hauteur de la cavité abdominale droite est occupée par un rein très volumineux, descendant jusqu'à la fosse iliaque, en rapport avec le psoas en dedans et surmonté d'une capsule surrénale en contact avec le diaphragme. Ce rein n'a pas tout à fait la forme ordinaire. La concavité du bord interne est occupée par deux lobules un peu plus saillants que les autres et superposés ; on voit sur la face antérieure à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs un sillon assez marqué qui semble diviser la masse totale. Cette séparation moins accusée sur les bords est à peine sensible en arrière.

Un peu au-dessus de ce sillon, un enfoncement vers lequel semblent converger les sommets des lobules voisins : c'est un hile auquel arrive une artère, née de la face antérieure de l'aorte, à peu près au même niveau, et d'où part un uretère prenant naissance par trois calices distincts. Cet uretère concave en dehors, passe en arrière de l'artère rénale, croise la face antérieure du psoas et vient après quelques courbures légères s'aboucher à la partie postérieure de la vessie du côté droit.

A 1 centimètre environ au-dessous de ce hile supérieur un deuxième hile bien apparent aussi vers lequel convergent les pointes des lobules inférieurs. Il affecte une disposition semblable à celle du premier

et reçoit comme lui une artère rénale, née de l'aorte à 1 centimètre au-dessous de la première. Il en sort un uretère dont la première concavité regarde en dedans, la deuxième en dehors, de telle sorte qu'il forme avec l'autre uretère un 8 de chiffre à peu près complet pour aboutir à la face postérieure de la vessie du côté gauche.

Une pareille disposition représente la fusion de deux glandes superposées dans le sens vertical.

Les autres organes sont absolument normaux, le cœur a sa situation et son volume habituel, cependant il assurait la circulation des deux fœtus puisque le monstre qui l'accompagnait ne présentait pas de cœur.

Dans l'observation XVI Green signale qu'un des enfants était porteur d'un pied bot.

Dans l'observation XXIX publiée par Kein, nous trouvons la relation d'une autopsie pratiquée par M. Bar.

Le premier enfant, le plus gros (490 gr.), contenu dans l'œuf hydroamniotique présente une malformation des membres inférieurs telle que le membre inférieur du côté droit est plus petit que celui du côté gauche ; il est également plus grêle dans toute la partie qui est au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. A ce niveau la peau s'arrête tout à coup comme au bord d'une plaie en voie de cicatrisation. Toute la partie inférieure de la cuisse et toute la jambe paraissent dénuées d'épiderme, il s'emble qu'il y ait là un début d'amputation congénitale.

Ajoutons que le cordon, ne présente aucune anomalie et qu'il n'est pas particulièrement long.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule un peu de sérosité citrine. Le foie pèse 24 grammes. Il ne présente aucune anomalie apparente. La rate pèse 2 grammes. Les deux reins pèsent 7 grammes. Ils sont remarquables par le grand volume des calices et des bassinets. Le cœur est colossal : il remplit une grande partie du thorax et pèse 10 grammes. La vessie est distendue par l'urine, elle est volumineuse.

Le second jumeau (380 gr.) ne présentait aucune malformation extérieure. A l'ouverture de l'abdomen il ne s'écoulait pas de liquide. Le foie n'est pas particulièrement volumineux : son tissu est très friable, son poids est de 26 grammes. La rate est très petite, elle pèse 1 gramme. De même pour les reins (poids de 2 gr.).

Le placenta est univitellin, il pèse 620 grammes, l'amnios seule séparait les deux poches, il n'existait aucune bride amniotique.

Dans les quelques observations ou l'autopsie a été faite nous retrouvons ces différences de volume et de poids du cœur et des reins.

Observation XXVI (Maygrier). — Les deux fœtus étaient du sexe masculin. Le premier, mort-né, contenu dans l'œuf oligo-amniotique pesait 970 grammes et mesurait 36 centimètres de long. Le second, né vivant, dans l'œuf qui contenait 8 lit. 1/2 de liquide, avait un poids plus fort, 1.190 grammes, et une longueur égale, 36 centimètres.

Leur autopsie a démontré les particularités suivantes : les organes du premier jumeau ne présentaient aucune altération notable : son cœur pesait 5 grammes, son foie 35.

Les organes du second jumeau étaient au contraire hypertrophiés. Le cœur pesait 10 grammes, le ventricule droit était manifestement hypertrophié, sa paroi avait une épaisseur de 6 à 8 millimètres, de beaucoup supérieure à celle du ventricule gauche. L'examen histologique a démontré que cette paroi était altérée, on y a trouvé, en effet, les lésions suivantes : de l'œdème, un certain degré de sclérose périvasculaire et une légère hypertrophie des cellules striées. Le foie volumineux pesait 60 grammes.

Dans l'observation XXVIII (Lamouroux) nous notons que le fœtus contenu dans la poche hydro-amniotique qui pèse 610 grammes (contre 680 gr. son frère) est œdémateux et que son cordon présente de nombreuses torsions, surtout très marquées en deux endroits près de l'ombilic.

Il y a également un rétrécissement extrêmement accusé en ses deux points (grossesse univitelline).

Dans l'observation XXXIII (Bouchacourt et Valency) il s'agissait d'une grossesse univitelline dont les fœtus pèsent 290 et 320 grammes, c'est-à-dire sont presque égaux. Cependant leurs cœurs présentent une différence de poids de un tiers au profit du fœtus hydro-amniotique ; de plus on remarque la différence encore plus grande entre les poids des reins du fœtus normal et du fœtus hydro-amniotique,

au profit de ce dernier, et cela dans la proportion du simple au double pour le rein droit. Notons enfin que dans l'œuf hydro-amniotique le cordon s'insérait sur les membranes.

Dans l'observation XXXVI le professeur Bar, donne les détails suivants : il s'agissait d'une grossesse univitelline qui fut ponctionnée par voie abdominale à deux reprises à quarante-trois jours d'intervalle qui se termina par avortement peu de temps après la deuxième ponction.

« Le premier fœtus contenu dans la poche hydro-amniotique était vivant, maigre et pâle, l'autre mort qui était contenu dans la poche où il y avait oligo-amnios était œdématié, son foie était extrêmement congestionné, et la congestion apparaît évidente quand on rapproche les coupes de cet organe de celles du foie de l'autre fœtus. En examinant le placenta, j'ai trouvé la partie correspondante au gros fœtus, très œdématiée. Ce placenta présentait plusieurs anastosmoses profondes, mais aucune anastomose superficielle. Je pense que, par suite de la décompression rapide à laquelle le fœtus polyhydro-amniotique a été soumis au moment de la ponction, son cœur a battu avec plus de force, l'ondée sanguine s'est avancée avec plus d'énergie vers le placenta et les anastomoses profondes qui allaient de ce fœtus vers l'autre ont pris soudainement plus d'importance.

Le fœtus transfuseur est devenu subitement transfusé, œdématié, apoploctique et est mort.

S'il y avait eu une anastomose artérielle superfi-

cielle le résultat eût été le même ; seule une anostomose veineuse superficielle eût pu atténuer les conséquences de la décompression rapide du fœtus.

Dans l'observation XV (Lambl) le même phénomène a du se produire à la suite de deux ponctions de l'œuf par voie abdominale à cinq jours de distance. L'avortement suivit de deux jours la dernière ponction et se fit en dehors de la surveillance du médecin. Le mari lui rapporta que l'un des fœtus était rouge sombre, l'épiderme soulevé par petites plaques, l'autre pâle décoloré au contraire.

Dans l'observation XL (Planchu) il s'agit d'une grossesse univitelline mono-amniotique. Un des fœtus pèse 470 grammes, il a un ventre très gros, un foie énorme et de l'ascite. Le deuxième (340 gr.) est maigre et chétif. Le foie est petit, le ventre retracté.

Dans l'observation XLIII (Commandeur) le premier fœtus contenu dans une poche oligoamniotique est caractérisé par une maigreur extrême (520 gr.). Il a commencé à se macérer. Le cordon est entièrement teinté en noir ainsi que l'abdomen. Le crâne fœtal est aplati transversalement, les pariétaux chevauchent. Le deuxième fœtus hydroamniotique pèse 750 grammes, il présente un œdème généralisé au tronc, aux membres supérieurs et inférieurs ; la tête est à peu près indemne ; l'œdème assez accentué, donne à la peau un aspect luisant, appréciable surtout au niveau des jambes et des pieds.

L'insertion des deux cordons est velamenteuse et,

chose extraordinaire dans une grossesse bivitelline, ils cheminent l'un vers l'autre pour s'anostomoser au niveau de leur insertion.

PATHOGÉNIE

Les causes de l'hydramnios d'origine maternelle ont été peu fréquemment rencontrées, dans nos observations nous ne trouvons pas un seul cas des maladies à œdème, pas d'affections cardiaques, pas de néphrite, pas de diabète, une seule femme présentait un peu d'albumine et avait un état général mauvais (obs. XXXIII), depuis longtemps dû à un ulcère rond et à une tuberculose en évolution. Toutes les autres étaient bien portantes, ou, pour mieux dire, ne souffraient que de troubles causés par leur hydramnios et ont recouvré la santé aussitôt après leur accouchement.

Dieulafé et Gilles attribuent un grand rôle à la rétention chlorurée chez la mère dans la production de l'hydramnios. Nous n'avons rencontré d'œdème qu'à la suite de la gêne circulatoire causée par le développement de la tumeur utérine ; la cure de déchloruration réalisée par le régime lacté pratiqué dans plusieurs des cas que nous rapportons, n'a donné aucun résultat.

Nous n'avons pas non plus rencontré souvent la syphilis ni dans les antécédents avoués, ni dans les

antécédents obstétricaux. Dans les observations X et XI (Maygrier et Demelin) il est signalé que les deux pères avaient eu la syphilis. D'après les antécédents obstétricaux, on peut la supposer avec vraisemblance dans les cas où nous voyons des avortements se reproduire. L'observation XIII : 3 enfants à terme d'un premier mari et du second ; 2 avortements et 2 accouchements à terme d'enfants morts quelques jours après. L'observation XIV : une grossesse à terme, enfant mort depuis deux jours ; deuxième et troisième à terme ; quatrième, mort de faiblesse congénitale ; cinquième accouchement prématuré d'un enfant mort avec hydramnios.

L'observation XVIII (2 grossseses à terme, un prématuré, 1 avortement ovulaire).

L'observation XXI (2 accouchements prématurés à sept mois).

L'observation XXXIII (1 avortement à cinq mois, 1 acccouchement prématuré à sept mois).

L'observation XL (1 avortement à trois mois) ; soit 6 observations laissant subsister un doute sur la possibilité de la syphilis. Mettons au plus 8 cas au total sur 48 ; c'est peu.

Il nous faut donc rechercher les causes du côté du produit de la grossesse, nous employons ce terme général à dessein, car il nous paraît difficile de séparer ici le fœtus des diverses parties de l'œuf. Les maladies de l'amnios comparables aux réactions séreuses de la plèvre ou du péritoine n'ont pas été signalées

par les auteurs modernes, les examens anatomo-pathologiques manquent pour pouvoir affirmer cette cause. Quant à la secrétion normale de l'amnios elle n'est pas encore des plus démontrée. L'amnios ne contient aucun organe glandulaire, seule une toute petite zone, près de l'insertion ombilicale, présente des cellules épithéliales cylindriques qui peuvent théoriquement sécréter. Cela ne pourrait évidemment expliquer la production du liquide si rapide que nous envisagons.

Les théories les plus vraisemblables et qui peuvent le mieux expliquer la rapidité d'évolution de l'hydramios sont celles qui invoquent les troubles de la circulation fœto-placentaire. Que l'obstacle siège dans le fœtus : cirrhose-hypertrophie cardiaque, anomalies du cordon par torsion exagérée, rétrécissement ou thrombose de ces vaisseaux, insertion velamenteuse, anostomoses intempestives au niveau du placenta, le résultat est le même, toutes ces lésions aboutisseut à produire l'hypertension et à provoquer l'hydramnios. Par quel mécanisme se produit l'hydramnios, sous l'influence de cette hypertension ? Par transsudation du sérum fœtal au travers des vaisseaux du cordon ou du placenta recouvert par l'amnios ? Cette transsudation est possible, d'après les travaux de M. Bar elle pourra même être abondante, mais le sera-t-elle au point de produire en quelques jours plusieurs litres de liquide, ceci nous ne le croyons pas car si une telle transsudation se faisait par cette unique voie, elle ne manquerait

pas de produire des altérations des éléments du cordon et de l'amnios. Les auteurs qui ont fait de ces examens ne signalent rien à cet égard. Si cette cause intervient ce n'est à coup sûr qu'à titre accessoire et il faut chercher ailleurs la cause principale.

On s'est attaché dans le cas de grossesse univitelline, à décrire les anostomoses qui existent entre les deux circulations fœtales, on a distingué les anostomoses superficielles des anostomoses profondes, les anostomoses d'artère à artère, celles de veine à veine, d'artère à veine ou entre les capillaires des villosités choriales, celà, à notre humble avis, présente une importance moins grande que celle qu'on semble y attacher. L'asymétrie dans les anostomoses est difficile à démontrer et à évaluer au point de vue anatomique au milieu de cet enchevêtrement de vaisseaux que forme le placenta ; le gros fait important à retenir est que les deux circulations fœto-placentaires communiquent entre elles soit avant la circulation placentaire (anostomoses artérielles), soit après (anostomoses veineuses et artério-veineuses), soit pendant (anostomoses capillaires) et que par conséquent il doit s'établir un équilibre de pression entre les deux circulations.

Tant que cet équilibre se maintient les deux fœtus se développent plus ou moins bien, suivant que leur territoire placentaire est plus ou moins grand, qu'ils reçoivent du sang plus ou moins purifié et rendu nutritif par son passage dans le placenta, ou plus ou moins mélangé de sang usé déjà par l'autre

fœtus (anostomoses artério-veineux). Cet équilibre est essentiellement instable, un moment vient où l'un des fœtus vit par insuffisance de nutrition, soit par intoxication faiblira, son cœur deviendra insuffisant à sa tâche, la pression dans les deux circulations fœtales ne sera plus la même et le fœtus faible deviendra au point de vue circulatoire une annexe de son frère, dont le cœur aura un travail subitement beaucoup plus considérable. Sous l'influence de ce travail supplémentaire, il pourra lui aussi faiblir et par un phénomène d'oscillation devenir à son tour insuffisant alors que son frère deviendrait plus fort. Ces oscillations de pression pourraient expliquer les cas ou l'hydramnios est à peu près égale dans les deux œufs.

Quoi qu'il en soit le travail considérable demandé au cœur des deux fœtus aboutirait à son hypertrophie, notée souvent dans les observations, et l'hypertension démontrée par cette hypertrophie cardiaque donne un résultat rationnel : la polyurie.

Cette polyurie qui est la cause immédiate de l'hydramnios se démontre anatomiquement par les lésions signalées fréquemment du côté du rein et de la vessie du fœtus hydramniotique.

Lorsque les reins des fœtus ne suffisent pas à cette excrétion urinaire intense, l'hypertension se manifeste chez lui par de l'œdème qui se rencontre signalé dans quelques cas et même par de l'ascite.

Ainsi que l'a démontré M. Bar, cet œdème peut se produire chez l'autre fœtus lorsqu'il se fait une

inversion du courant anastomotique, lors de la décompression subite du fœtus hydro-amniotique au moment de la ponction des membranes.

Cette inversion provoque le plus souvent la mort du second fœtus par apoplexie, nous en avons plusieurs cas dans les observations où on a pratiqué la ponction par voie abdominale.

TRAITEMENT

Sans une bonne pathogénie, il n'est pas de bonne thérapeutique, a-t-on pu dire. Ici, malheureusement, ce que nous savons de la pathogénie de l'hydramnios nous montre qu'en dehors de la syphilis il nous est bien difficile de combattre la cause : hypertension de la circulation fœtale, aussi faut-il se résigner à voir les essais de thérapeutique causale être le plus souvent infructueux.

Sans doute, on pourra instituer un traitement spécifique intensif soit par injections mercurielles, soit par injection de salvarsan, toutes les fois que la syphilis sera reconnue ou même simplement supposée ; sans doute on pourra en tous cas instituer un régime de déchloruration pour éviter la rétention, on pourra donner des diurétiques et des purgatifs dans le même but (nos pères employaient la saignée).

Il ne faudra pas fonder trop d'espérances sur ce traitement qui ne sera d'ailleurs de mise que tant que les accidents ne seront pas encore menaçants et lorsque le médecin sera appelé dès l'apparition de l'hydramnios.

Lorsqu'au contraire, il n'interviendra que lorsque les accidents seront à leur période ultime : dyspnée, insomnie, intolérance stomacale, oligurie, œdèmes, le traitement ne pourra plus espérer guérir la maladie, il devra être dirigé non plus contre la cause mais contre les effets.

Ceux-ci, nous l'avons vu, peuvent être tellement graves, qu'ils usurpent la première place, provoquant, sinon une erreur de diagnostic, tout au moins, le plus souvent, une incertitude telle que l'intervention qui s'impose est faite un peu à l'aveugle. Dans 7 observations que nous rapportons, on eut recours à la ponction par voie abdominale.

Dans l'observation de Tillaux, il pensait surtout à la possibilité d'un kyste de l'ovaire, 98 o/o des chances étaient en faveur de ce diagnostic, 2 o/o en faveur de l'hydramnios, et il voyait dans la ponction abdominale le moyen le plus simple d'atténuer la gêne de la respiration. Les particularités de la ponction l'amenèrent à rectifier son diagnostic et à affirmer l'hydramnios.

Dans l'observation de Lepage, M. Pinard hésitait entre grossesse gémellaire avec hydramnios et grossesse simple coexistant avec une tumeur. La ponction permit là encore de préciser le diagnostic.

Dans l'observation de Lamble, le diagnostic hésitait entre ascite, kyste de l'ovaire et hydramnios et on s'arrêta à l'idée d'ascite. La ponction s'arrêta spontanément, la malade fut un peu soulagée, quoique le volume du ventre ne fut que peu dimi-

nué, puis les accidents revenant rapidement, on fait une nouvelle ponction par laquelle sortent 20 litres de liquide jaune rougeâtre.

Dans l'observation de M. Bar, l'hydramnios était diagnostiqué et M. Bar procéda à une ponction par voie abdominale qui donna 10 litres de liquide amniotique. La femme soulagée sortit de la Maternité quelques jours après. Elle revenait au bout de quarante-trois jours avec les accidents dus à l'hydramnios qui s'était renouvelée. Nouvelle ponction de 7 litres.

Dans l'observation de Scarpa, le diagnostic était hésitant entre ascite et grossesse avec hydramnios. Il fait la ponction pour parer aux accidents ; 25 à 30 litres de liquide sont évacués.

Dans l'observation de Noël Dumarais, le diagnostic était grossesse compliquée d'ascite. On fit une ponction abdominale qui donna 12 litres de liquide tellement mélangé de sang qu'on arrêta la ponction.

Dans l'observation d'Arzac, après avoir envisagé l'hypothèse d'hydramnios, on se rattacha au diagnostic de kyste de l'ovaire compliquant une grossesse de cinq mois. On fit une laparotomie sous-ombilicale qui permit de rectifier le diagnostic ; avant de refermer le ventre on ponctionne l'utérus au niveau du segment inférieur. Le liquide s'arrête spontanément après évacuation de 10 litres et on peut faire le diagnostic de grossesse gémellaire.

Les résultats de ces ponctions furent les suivants : dans l'observation de Tillaux la grossesse continua

à évoluer pendant un mois pendant lequel l'hydramnios s'était reformée ; dans celle de Lepage, la grossesse continua pendant vingt jours. Un des fœtus est mort depuis longtemps et tellement macéré que l'autopsie n'a pu être faite, l'autre fœtus était œdématié et présentait de l'ascite, de l'hydro-péricardite et avait les reins malades.

Dans l'observation de Lamble l'avortement se produit deux jours après la deuxième ponction, sept jours après la première. Un des fœtus était rouge sombre, l'épiderme soulevé, l'autre pâle et décoloré.

Dans l'observation de Bar l'avortement se produit deux jours après la deuxième ponction, quarante-cinq jours après la première. Le fœtus contenu dans la poche hydro-amniotique ponctionnée était pâle et maigre, l'autre fœtus oligo-amniotique était œdématié et mort ; son foie était très congestionné.

Dans l'observation de Noël Dumarais, l'accouchement se produit vingt et un jours après la ponction, l'hydramnios s'étant reformée.

Dans l'observation d'Arzac, l'avortement suit de cinq jours la ponction ; l'un des fœtus était profondément macéré, paraissant mort quelques jours avant l'autre qui était, lui aussi, macéré.

Dans la thèse de Siou nous avons trouvé deux observations de ponction abdominale que voici résumées rapidement : la première rapportée par Nicolas, dans *le Dauphiné médical* (avril 1889), concerne une III-pare dont la grossesse a évolué nor-

malement jusqu'à cinq mois et demi où apparut une hydramnios à marche aiguë. Nicolas la voit à sept mois de grossesse, elle présente des accidents semblables à ceux que nous rapportons : dyspnée, œdème, pouls à 96. Oligurie, le ventre très distendu mesure 116 de circonférence à l'ombilic, il pose le diagnostic d'hydramnios et se propose d'évacuer le liquide en perforant les membranes par le col utérin, puis après consultation dans l'espoir de voir cette grossesse de sept mois et demi aller à terme il fait la ponction par voie abdominale, et retire 3 litres de liquide. Deux jours après la femme entre en travail et expulse avec 7 litres de liquide, un enfant mort présentant de l'hydro-céphalée, des pieds bots, des mains botes et un rétrécissement du cordon au niveau de l'ombilic.

Un phénomène l'a frappé au cours de l'accouchement peut-être consécutif à la ponction, puisqu'il ne l'avait pas remarqué auparavant, c'est en déprimant la paroi abdominale une sensation de frottement, de frémissement, perçue par la main et qui semble indiquer une sécheresse et une rugosité de feuillets du péritoine. Ce frottement a persisté une huitaine de jours après l'accouchement. Pendant les suites des couches le thermomètre n'a pas ainsi une température supérieure à 38. Le ventre est resté légèrement sensible pendant quatre jours.

Phocas dans les *Annales de Gynécologie* (1890) rapporte un cas de grossesse gémellaire avec hydramnios aiguë à sept mois de grossesse chez une

tertipare, Le diagnostic fut encore ici hésitant entre kyste de l'ovaire probable et hydramnios trop rare pour être admis. Il fit la ponction abdominale en raison des troubles de surdistension abdominale, comme seul moyen de soulager immédiatement la femme.

La ponction présenta quelques difficultés. Ayant enfoncé un trocart à deux travers de doigt au-dessous et à gauche de l'ombilic, et ayant fait le vide, rien ne sortit, une seconde ponction près de la ligne médiane donne issue au liquide qui se ralentissait et même s'interrompait de temps en temps pendant qu'on sentait la tumeur se contracter, ce qui fait affirmer que c'est l'utérus qui forme la tumeur liquide. Quatre litres sont ainsi évacués au grand soulagement de la malade qui se lève le quatrième jour.

L'accouchement se fait un mois après : deux garçons naissent, l'un vivant, l'autre mort depuis quelque temps.

Ainsi donc, sur 8 ponctions pratiquées, une seule fois on peut avoir un enfant vivant, et encore ici nous ne savons pas si cet enfant né à huit mois survécut.

Les résultats, tant au point de vue de l'hydramnios qui s'est renouvelée, qu'au point de vuede la prolongation de la grossesse et de la survie du fœtus, ont été négatifs.

Les ponctions n'ont pas à vrai dire causé de troubles ni fait courir de dangers aux malades,

quoique dans l'observation de Nicolas, il semble bien qu'il y eut une légère réaction péritonéale.

Pour ces raisons, la ponction nous paraît devoir être rejetée : opération aveugle, insuffisante en cas de kyste de l'ovaire, inefficace à prolonger la grossesse, elle ne peut-être qu'une opération d'urgence, dans le cas où le diagnostic penche en faveur de kyste de l'ovaire et lorsque la laparotomie immédiate est impossible.

La laparotomie nous paraît beaucoup préférable ; faite dans de bonnes conditions d'asepsie, elle ne fait pas courir grand danger à la femme, fixe d'une façon péremptoire le diagnostic et permet de faire, en cas de tumeur autre que l'hydramnios, une opération complète définitive.

On y eut recours trois fois dans les cas que nous rapportons. M. Boissard, devant des accidents d'occlusion intestinale datant de deux jours, pensa à une péritonite d'origine appendiculaire compliquant une grossesse de cinq mois. La laparotomie rectifie le diagnostic, on referme le ventre et on pratique le lendemain l'avortement par ponction des membranes, puis en introduisant un ballon.

Dans le cas d'Arzac, la laparotomie faite et le diagnostic établi, M. Lefour ponctionne les membranes au niveau du segment inférieur avant de refermer la paroi. Le travail se déclarait quatre jours après.

Dans le cas de de Wilson, le diagnostic était hésitant entre kyste de l'ovaire probable et hydramnios. On fit une laparotomie exploratrice qui fixe le dia-

gnostic, après fermeture on rompt immédiatement les membranes par le col et l'accouchement se produit le même jour.

Cette conduite nous paraît des plus raisonnables lorsque le diagnostic sera incertain, mais dans les cas où le médecin aura pu établir de façon sûre qu'il a affaire à une hydramnios aiguë compliquant une grossesse gémellaire (soit qu'il ait assisté à l'évolution des accidents, soit que les particularités de son examen lui permettent de poser tardivement le diagnostic), lorsque les accidents seront tels que nous les avons décrits, que les souffrances de la malade seront insupportables, qu'il constater des troubles respiratoires et circulatoires, nous croyons que son devoir est de ne pas temporiser, mais de devancer ce que ferait la nature quelques jours ou quelques heures plus tard, et de provoquer l'accouchement.

En général la technique sera des plus simples. Le plus souvent il aura affaire à des multipares dont le col sera complaisant et laissera passer soit le doigt, soit un cathéter au moyen duquel il pourra ponctionner les membranes. Au besoin, des bougies de Hégar lui permettront d'ouvrir le col extemporairement ; s'il a le temps il pourra employer des laminaires.

Il devra ponctionner légèrement les membranes et modérer la sortie du liquide de façon à ne pas surprendre l'utérus et de ne pas risquer ni hémorragie, ni inertie utérine. Dès que l'utérus sera un peu

relâché, les contractions utérines termineront le travail.

Nous ne croyons pas qu'on doive employer le ballon pour provoquer l'accouchement tout au moins avant la rupture des membranes. L'utérus déjà surdistendu par l'hydramnios se contractera mal et on risque d'augmenter ainsi la lenteur du travail qui se fait en général rapidement après l'évacuation du liquide amniotique. Par contre, l'usage du ballon de Champetier ou de Boissard sera indiqué au contraire lorsque la poche des eaux étant rompue et l'utérus vidé en partie le travail traînera en longueur.

On devra procéder lentement à l'évacuation utérine et toute hâte ici sera coupable. Il en sera de même pour la délivrance que dans certains cas on sera forcée de pratiquer artificiellement (2 fois dans nos observations). Les suites de couches ne présenteraient en général pas de particularités.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grossesse gémellaire. — Hydramnios, avortement à quatre mois et demi

(Mauriceau, observation sur la grossesse et l'accouchement des femmes, observation 320.)

6 octobre 1682. — Je vis une femme qui était très infirme depuis plusieurs mois, que l'on croyait estre hydropique, à cause de l'extrême tension de son ventre et qu'elle ne sentait aucun mouvement d'enfant. Mais l'ayant examinée, je trouvay qu'elle était effectivement grosse de quatre mois et demi, ou environ; et je prejugeay même pour lors qu'elle l'était de deux enfans et que c'étoit ce qui faisoit la grande tension de son ventre, la faiblesse de ses enfans et la quantité de leurs eaux étant cause qu'elle ne les avoit pas encore senti remuer manifestement.

Il lui était arrivé ce qui est ordinaire à toutes les femmes qui sont grosses de plusieurs enfans, qui étoit d'estre beaucoup plus incommodée que dans ses précédentes grossesses, d'avoir le ventre bien plus gros et plus également tendu en rondeur de tous costez et d'avoir les jambes fort enflées. Mon

pronostic se trouva vray, car cinq ou six jours ensuite que je l'eus vue, elle avorta ds deux enfans males, qui étoient néanmoins vivans et qui n'avoient qu'un arrière faix commun: ils étoient si faibles qu'ils expirèrent peu après, mais la mère se porta bien ensuite.

OBSERVATION II

(*Hydramnios aiguë à cinq mois. — Avortement gémellaire à cinq mois et demi. — Amniotite* (Observation de Mercier lue à la Société de Médecine en 1812, rapportée par Jacquemier dans son *Manuel des accouchements*, 1846, p. 428).

Une femme convalescente d'une fièvre grave, enceinte de cinq mois, travaillant dans les champs, boit une très grande quantité d'eau froide ; elle ressent sur le champ des frissons et une douleur vive dans la région hypogastrique, et bientôt tous les symptômes d'une inflammation vive de la matrice et du péritoine se manifestent. Un traitement antiphlogistique produit une grande diminution des symptômes et même, vers le dixième jour, une sorte de convalescence. Le quatorzième jour les douleurs et les symptômes fébriles existent encore, mais à un degré modéré ; la matrice s'est rapidement développée, elle est volumineuse comme à la fin d'une grossesse ordinaire. Le quinzième jour surviennent les douleurs du travail, et le lendemain au soir, un fœtus qui donne à peine quelques signes de vie est expulsé. L'utérus ne s'affaisse pas : après un repos de trois heures, un nouveau travail se

déclare et fait descendre dans le vagin une vessie flexible et allongée dont l'ouverture donne lieu à l'issue d'un fœtus vivant et à plus de 10 livres d'une eau trouble et blanchâtre dans laquelle nageaient des morceaux d'une substance semblable à du lait caillé.

L'amnios opaque et très épais était recouvert sur sa face fœtale d'une fausse membrane adhérente, concrète, albumineuse, et de la même nature que la substance qui nageait dans l'eau de l'amnios. Cette surface ayant été nettoyée paraît rosée, et présentait çà et là soit des traces rouges de diverses formes, soit des veines sanguines flexueuses entortillées. Le chorion était sain et le placenta rouge.

OBSERVATION III

Hydramnios aiguë. — Avortement gémellaire à six mois environ (Observation de Desormeaux rapportée par Jacquemier, p. 430.)

Une jeune dame, enceinte de cinq à six mois, est prise subitement de douleurs intolérables dans l'abdomen, accompagnées d'une agitation extrême et de beaucoup de fièvre. On emploie un traitement antiphlogistique énergique; au bout de quelques jours les douleurs diminuent; on peut alors palper l'abdomen, et l'on reconnaît à une fluctuation manifeste l'existence d'une hydropisie de la matrice. Environ deux mois après, elle accoucha de deux enfants très faibles, du volume d'un fœtus de six mois, qui moururent peu d'heures

après leur naissance. Les deux poches des eaux à leur rupture laissèrent écouler chacune cinq à six pintes d'un liquide qui ne présentait rien de particulier ; les membranes examinées avec soin n'offrirent ni injection, ni épaississement, ni fausses membranes.

La mère se rétablit promptement.

OBSERVATION IV

Hydramnios aiguë à trois mois. — Avortement à six mois d'un monstre (Observation de Golay. — *In* thèse de Guillemet. Paris, 1876, obs. X.)

Marie R..., III-pare, deux grossesses précédentes normales, entre à Beaujon le 10 juin 1876. Les dernières règles datent du 7 décembre 1875. Pas de troubles pendant les deux premiers mois. Il y a trois mois son ventre qui jusque-là était normal, prit tout d'un coup beaucoup plus de développement que d'habitude, au mois d'avril il avait déjà le volume ordinaire d'une grossesse à terme. Depuis six semaines elle ressent fréquemment une douleur sourde dans la fosse iliaque gauche et une grande pesanteur dans le ventre ; la marche est rendue difficile et il y a de la gêne de la respiration. Tous ces phénomènes ont augmenté progressivement jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle ressent des douleurs dans les reins qui, de passagères sont devenues continuelles. Des vomissements bilieux se répètent. La malade est agitée, change de position à tout instant, ne sachant

laquelle prendre pour se reposer. La respiration est accélérée mais il n'y a pas encore de signe d'asphyxie.

Le ventre est très volumineux, très saillant en avant, régulièrement arrondi, les parois abdominales très tendues, l'utérus a envahi tout le creux épigastrique. Il y a de l'œdème sus-pubien, on perçoit de la fluctuation manifeste sans pouvoir sentir de parties fœtales, non plus qu'on ne peut entendre autre chose qu'un souffle utérin. Au toucher on trouve le col effacé, au travers des membranes on sent une partie fœtale très mobile.

11 juin. — La malade entre en travail et le soir on perce les membranes, il s'écoule en jet une quantité considérable de liquide qu'on croit pouvoir évaluer à plusieurs litres, le lit et la chambre en sont inondés. La malade se sent immédiatement soulagée, elle respire plus facilement. Le lendemain à 11 heures elle accouche de deux fœtus monstrueux adhérents par la moitié supérieure du corps.

Les membranes ne sont le siège d'aucune injection anormale, d'aucune fausse membrane. La déchirure est très voisine du bord du placenta. Le cordon est inséré sur le bord du placenta qui est plus grand qu'à l'habitude, mais ne présente rien d'anormal.

Le fœtus est un monstre de la classe des jamceps qui ne présente ni ascite ni œdème.

OBSERVATION V

V-pare. — Hydramnios aigu à quatre mois et demi. — Ponction abdominale. — Avortement gemellaire un mois après.

(Tillaux. — *Gazette des Hôpitaux*, 14 août 1886.)

Il s'agit d'une femme de trent-sept ans qui a eu 4 grossesses antérieures dont l'une gemellaire sans exsudats d'aucune sorte. Cependant, depuis la dernière, cette femme est devenue très sensible au froid et pour peu que le ventre se refroidit, il devenait gros et douloureux.

Envoyée à l'hôpital par deux médecins de la ville, avec un ventre tellement énorme qu'elle avait peine à respirer, elle racontait qu'elle devait être enceinte depuis au moins cinq mois, car elle n'avait plus été réglée dans cet intervalle. Depuis quelque temps son ventre avait acquis d'une manière rapide ce développement considérable, qui, en refoulant le diaphragme, menaçait la malade d'asphyxie. Mais sur le point de savoir si, avant la grossesse, elle présentait déjà ou non une tumeur, il pouvait y avoir du doute. Une femme de son entourage et son mari disaient l'un et l'autre que son ventre était déjà gros depuis quelque temps.

On constate que la tumeur est manifestement remplie de liquide, quoiqu'on ne peut affirmer que la cavité qui le contenait fut uniloculaire. On pense à un kyste de l'ovaire. Une opération était devenue absolument urgente. La malade assise sur son lit, étouffant, violacée, ne pouvant plus ni dor-

mir, ni manger, souffrant beaucoup, était exposée à succomber à l'asphyxieet elle demandait qu'on la soulageât le plus tôt possible. M. Tillaux agita de nouveau la question de savoir s'il ne s'agissait pas d'un hydramnios. C'était celle des deux hypothèses qui paraissait le moins probable.

D'après la fréquence relative des deux maladies, il y avait au moins 98 à parier contre 2 que cette tumeur était un kyste de l'ovaire existant avant l'imprégnation mais auquel la grossesse avait donné pour ainsi dire un coup de fouet.

Une ponction était d'ailleurs l'opération la plus simple et la plus efficace pour atténuer la gêne respiratoire. Elle fut faite au moyen d'un trocart ordinaire de trousse et donna issue à un liquide très transparent, clair, légèrement jaunâtre, mais dont la grande limpidité, l'absence complète de viscosité faisait penser plutôt au liquide de l'amnios qu'à toute autre chose. En conséquence, M. Tillaux, tout en laissant couler ce liquide, appliqua largement la paume de la main sur la surface de la tumeur pour la surveiller en quelque sorte.

Tout à coup, il sentit un choc tel qu'en cause un mouvement fœtal et à peu près au même instant la tumeur entière se durcit, s'arrondit, se contracta comme fait l'utérus lorsque commence le travail dans l'accouchement. La malade d'ailleurs accusait des douleurs semblables aux premières douleurs d'une femme en couche.

Cette énorme tumeur, qui contenait au moins une vingtaine de litres de liquide, était donc bien l'utérus lui-même, ainsi dilaté dès le sixième mois de la grossesse par un hydramnios suraigu.

M. Tillaux jugea que le mieux, tant pour l'enfant que

pour la mère, était de diminuer le liquide amniotique, tout en en laissant assez pour que l'enfant pût continuer encore à vivre dans des conditions à peu près normales.

On arrêta la ponction après avoir laissé s'écouler 7 litres de liquide. La malade se trouvait entièrement soulagée, elle pouvait respirer maintenant à l'aise, s'étendre dans son lit sans suffoquer ainsi que dormir et manger. Les mouvements du fœtus sont sentis par la mère plus fréquents et plus forts que jamais, et M. Tillaux ne désespère pas que la grossesse puisse aller maintenant jusqu'à son terme.

Dans *la Gazette* du 28 août, on trouve des nouvelles de cette malade. La tumeur reste diminuée, il n'y a plus de gêne respiratoire, toutes les fonctions s'accomplissent normalement, la grossesse continue. Reste à savoir, ajoute-t-on, si l'enfant vit, car à partir du troisième jour après la ponction, elle ne l'a plus senti remuer.

Cette femme a été accouchée, un mois après la ponction, de deux jumeaux volumineux, de six mois environ. Il y avait encore une grande quantité de liquide.

OBSERVATION VI

III-pare. — Hydramnios aiguë à quatre mois et demi. — Avortement gémellaire à cinq mois et demi. — Grossesse univitelline (Maygrier et Demelin, obs. II).

La nommée R..., âgée de vingt-cinq ans, entre le 7 juillet 1887 à la Pitié. Tertipare, de bonne constitution, pas de syphilis. Vers quatre mois et demi, le ventre augmente rapi-

dement de volume ; survient bientôt de l'œdème malléolaire et même de la gêne respiratoire. Le travail de l'avortement se déclare. Pas d'albumine dans les urines.

L'utérus est trop volumineux pour l'époque de la grossesse (cinq mois et demi) fluctuation intra-utérine très manifeste, pas de parties fœtales accessibles. A l'auscultation on n'entend qu'un foyer de battements cardiaques fœtaux très éloignés et très sourds.

Au toucher dilatation presque complète, un petit sommet se présente derrière une poche des eaux plate. De plus une seconde poche des eaux, peu tendue, fait saillie à côté de la première et dans cette poche ensuite un second sommet. Cette seconde poche des eaux rompue artificiellement laisse crouler 6 litres de liquide.

Les deux enfants, du sexe féminin, pèsent 560 grammes (œuf normal) et 645 grammes (hydramniotique). Placenta de 500 grammes unique, un seul chorion, deux amnios.

OBSERVATION VII

I-pare. — Hydramnios aiguë, fin du troisième mois. — Avortement gémellaire à quatre mois et demi. — Grossesse univitelline mono-amniotique (obs. VI).

La nommée L... entre le 20 juillet 1888 à la Pitié. Primipare enceinte de quatre mois et demi, elle a vu son ventre grossir rapidement vers la fin du troisième mois et des douleurs abdominales se déclarer. Hydramnios constatée par M. Maygrier. Lors de l'avortement qui ne tarde pas à se

produire, la poche des eaux laisse s'écouler 3.500 grammes de liquide. Les deux fœtus mâles, pesant 330 et 220 grammes, mesurant 25 et 22 centimètres. Une masse placentaire unique de 220 grammes en une seule poche amniotique contenait les deux enfants.

OBSERVATION VIII

I-pare. — Avortement gémellaire avec hydramnios aiguë. Rétention placentaire, infection mortelle (obs. IX).

Dans la soirée du 28 septembre 1887, M. Maygrier est prié par M. Champetier de Ribes de venir en consultation auprès de M^me^ P... Cette dame, âgée de quarante ans, primipare, a expulsé le jeudi précédent 22 septembre deux petits jumeaux de trois mois et demi environ qui ont vécu quelques instants. La rupture de la première poche a laissé s'écouler une grande quantité de liquide. L'expulsion du fœtus a été facile, le toucher pratiqué immédiatement après leur sortie a fait constater qu'on ne pouvait introduire plus de deux doigts dans le canal cervical à parois résistantes. Rétention placentaire. Infection. Mort.

OBSERVATION IX

III-pare. — Hydramnios aiguë à cinq mois environ. Hydrorrhée amniotique, avortement gémellaire (obs. XI).

La femme K..., âgée de vingt ans, tertipare, remarque vers le cinquième mois de sa grossesse que son ventre prend un

accroissement très rapide. Quelques jours plus tard elle perd brusquement une grande quantité d'eau. Cette hydrorrhée amniotique persiste pendant huit jours sans que le travail se déclare. Les premières douleurs apparaissent le 20 juin 1890 à 1 heure du soir. La femme entre à la Pitié le même jour à 7 h. 40 et une demi heure après elle expulse deux jumeaux de 400 et 680 grammes. Délivrance naturelle un quart d'heure après. Poids du placenta, 370 grammes.

OBSERVATION X

I-pare. — Hydramnios aiguë à cinq mois. — Avortement gémellaire quelques jours après. — Grossesse univitelline. — Père ancien syphilitique (obs. XIII).

Le 17 mars 1881 M. Maygrier est prié par le Dr Deleschamps de donner ses soins à une de ses clientes, Mme D..., enceinte pour la première fois et arrivée au cinquième mois de sa grossesse. Cette jeune femme a remarqué depuis quelques jours que son ventre prenait rapidement un développement considérable, elle a en même temps ressenti des douleurs continues assez vives dans tout l'abdomen, douleurs évidemment dues à la brusque distension des parois utérine et abdominale.

L'examen révèle en effet un utérus énorme étant donné l'époque de la grossesse. La paroi abdominale est lisse et tendue. Le fond de l'utérus remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au palper, on perçoit très

distinctement la sensation de flot et on fait ballotter de petites parties fœtales qui disparaissent sous les doigts. L'auscultation ne permet d'entendre aucun battement fœtal. Le col est déhiscent, presque effacé, le segment inférieur tendu. A partir du 17 mars au soir les douleurs s'accentuent et prennent le caractère intermittent des contractions utérines. Malgré l'administration de lavements laudanisés et de chloral, le travail continue, mais lentement, la dilatation n'est complète que le 19 au soir, où les membranes se coupent brusquement laissant s'écouler une énorme quantité de liquide amniotique. Presque aussitôt sont expulsés deux jumeaux mort-nés, mais nullement macérés. La délivrance tarde à se faire et le Dr Maygrier pratique la délivrance artificielle au bout d'une heure. Masse placentaire unique, un seul chorion, deux amnios. Des renseignements ultérieurs ont appris que le père avait eu la syphilis.

OBSERVATION XI

II-pare. — Hydramnios aiguë à cinq mois. — Avortement gémellaire à cinq mois et demi. — Décollement prématuré du placenta. — Délivrance artificielle pour hémorragie. — Père syphilitique (obs. XV).

Le 17 mars 1888 à minuit le Dr Maygrier est appelé par le professeur Lataste auprès de Mme H..., secondipare arrivée, dit-elle, au quatrième mois et demi de sa grossesse, perdant du sang et des caillots depuis quelques jours et ayant actuellement une hémorragie plus abondante.

Depuis huit à dix jours, le ventre a augmenté brusquement et rapidement de volume ; dans les deux derniers jours surtout il a pris un développement considérable et de vives douleurs se sont fait sentir. Enfin il y a une montée de lait dans les seins. Ajoutons que le père est un syphilitique ancien ; toutefois le premier enfant est né vivant et à terme.

L'examen montre un ventre énorme pour quatre ou cinq mois de grossesse. L'utérus a, en effet, le volume d'un utérus de huit mois. Le palper donne une sensation de flot des plus nettes ; l'auscultation est nulle. L'hémorragie est arrêtée, le col est long et fermé. On prescrit le repos au lit, les calmants et on fait faire de l'antisepsie vaginale.

Le diagnostic porté est le suivant : grossesse de quatre à cinq mois avec hydramnios aiguë, décollement prématuré de l'œuf et mort probable du fœtus. Etant donnée la montée laiteuse. M. Maygrier émet en outre la possibilité d'une grossesse gémellaire, vu l'hydramnios précoce.

Le travail se déclare dans la soirée du 18 mars, la poche des eaux, rompue spontanément à la dilatation presque complète, laisse écouler une grande quantité de liquide amniotique. Une hémorragie s'est déclarée en même temps ; extraction manuelle de deux fœtus, puis comme l'hémorragie continue, délivrance artificielle d'un placenta unique.

L'examen du fœtus a montré que la grossesse était plus avancée qu'on ne pensait et que son début devait remonter à cinq mois et demi environ.

OBSERVATION XII

V-pare. — Hydramnios aiguë à trois mois. — Ponction abdominale à cinq mois et demi. — Avortement gémellaire vingt jours après. — Grossesse bivitelline (Lepage — *Annales de gynécologie*, octobre 1888, obs. XII).

C... Marie, trente-quatre ans, entre le 25 juin 1886 à la maternité de Lariboisière. Elle a eu quatre accouchements spontanés et à terme. Dernières règles le 18 janvier.

Vers le 24 avril elle s'aperçut que son ventre prenait un développement rapide, et depuis ce moment ce développement continu. Elle éprouve depuis des douleurs très vives au niveau des hypocondres, douleurs qui sont devenues tellement intenses que depuis un mois elle ne peut dormir. Urines moins abondantes, miction facile, constipation opiniâtre. La respiration est gênée, surtout depuis trois semaines, pendant la marche ou l'ascension d'un escalier.

A l'entrée on ne constate ni œdème des membres inférieurs, ni albumine dans l'urine. Le ventre est très développé, la circulation collatérale est assez marquée surtout à la région sus-ombilicale. Pas de vergeture, la peau est tendue et la cicatrice ombilicale a disparu. Le palper ne fait reconnaître aucune partie fœtale le 24 juin, alors que trois jours avant M. Lepage avait obtenu nettement le ballottement et entendu les pulsations fœtales. Mais depuis ce moment la tumeur a considérablement augmenté, les bruits du cœur sont difficilement perçus.

Au toucher M. Pinard constate que le col est ramolli, mais que le segment inférieur n'est pas tendu comme il devrait l'être dans un cas de grossesse simple avec hydramnios. Aucune contraction ne peut être perçue.

La dyspnée n'étant pas très intense, et le principal accident étant l'insomnie, M. Pinard se contente de mettre la femme au régime lacté et prescrit 2 grammes d'iodure de potassium par jour, mais sans fonder beaucoup d'espoir sur cette médication.

Il n'a recours à aucune intervention, dit-il, car il ne pourait la préciser ne sachant encore si c'est une grossesse simple coexistant avec une tumeur, ou une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios d'un des œufs.

Le seul effet apparent du traitement est l'augmentation de la quantité des urines. Mais la femme souffre continuellement, elle ne peut dormir un instant, reste debout nuit et jour ; la défécation est impossible.

30 juin. — Les douleurs sont telles que cette femme pleure constamment, on lui fait des injections de morphine, 1 centigramme par jour. La situation devient intolérable et M. Pinard se décide à intervenir le 1er juillet. La circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic est alors de 109 centimètres.

Le palper ne permet de reconnaître qu'un ballonnement léger perçu au-dessous de l'ombilic. La consistance est partout la même, tellement la paroi abdominale est tendue.

Au toucher le col est ramolli, le ballonnement facilement perçu, les membranes en contact avec le doigt à l'orifice interne ne sont nullement tendues. Aussi M. Pinard préfère pratiquer une ponction en enfonçant un trocart n° 2 de

l'appareil Potain à 8 centimètres à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Il s'écoule un liquide citrin. Lorsque 5 litres de liquide ont été ainsi retirés, on sent l'utérus se contracter et au fur et à mesure que l'évacuation continue on sent les parties fœtales et bientôt on peut sentir deux têtes dans l'utérus.

On évacue 10 lit. 1/2 de liquide amniotique.

Après cela on applique du collodion sur l'orifice externe de la ponction et un bandage ouaté compressif autour du ventre.

Pas de vomissements dans l'après-midi. Les urines sont sanguinolentes. L'état général est tel que la femme sort le 13 juillet en bon état. A ce moment le palper permet de constater la présence de deux têtes dans le fond de l'utérus et un seul foyer d'auscultation existe à droite.

Le 20 juillet elle entre en travail et expulse à l'hôpital où elle est revenue un premier fœtus ascitique et œdématié pesant 1450 grammes. Le deuxième fœtus est macéré et pèse 1000 grammes. Le placenta volumineux est unique, la cloison formée de quatre membranes. Sur les membranes du deuxième œuf on voit à 10 centimètres du bord placentaire un orifice arrondi qui a été fait par le trocart.

OBSERVATION XIII (Résumée)

VIII-pare.— Hydramnios aiguë à trois mois.— Avortement gémellaire à cinq mois et demi. — Un fœtus présente une fusion des deux reins ; l'autre monstrueux (Chambrelent et Chemin. — Société d'Anatomie et de Physiologie de

Bordeaux, 20 janvier 1896 ; *Journal de médecine de Bordeaux*, 1er mars 1896).

X..., quarante ans, VIII-pare, les trois premiers enfants à terme. Elle se remarie ensuite et a cinq nouvelles grossesses : deux se terminent par des avortements du quatrième au sixième mois ; deux sont venues à terme, mais les enfants ont succombé dans les quelques jours qui suivirent. La dernière grossesse est celle de notre observation.

Elle a débuté vers le commencement de juillet de l'an dernier et s'est accompagnée au début de vomissements extrêmement fréquents, circonstance que n'avaient jamais présentée les grossesses précédentes.

Dès le troisième mois le ventre a augmenté très rapidement de volume et au cinquième mois le volume du ventre était tel que cette femme préoccupée vint consulter le Dr Chaleix qui diagnostiqua l'hydramnios et pensa à l'existence possible d'une grossesse gémellaire, sans pouvoir l'affirmer par l'auscultation.

Au début de janvier (cinq mois et demi) le volume du ventre avait encore augmenté, la respiration était entièrement gênée. Dans la nuit du 2 au 3 janvier cette femme fut prise de douleurs abdominales et pensant qu'elle allait accoucher, fit demander une sage-femme.

Celle-ci constata un début de travail, le col étant dilaté comme 5 francs. Après avoir attendu un certain temps, comme l'oppression de la malade était extrême, elle rompit la poche des eaux. Il s'écoula alors une grande quantité de liquide évaluée à 6 litres environ. Puis bientôt naquit un

premier fœtus qui ne donnait pas signe de vie et parut bien conformé.

Au bout de quelques minutes, la malade perdant du sang, la sage-femme introduisit une partie de la main dans le vagin et reconnut la présence dans le col d'un autre fœtus dont elle put atteindre un pied. Mais les tractions sur le pied furent impuissantes à amener ce second fœtus au dehors. Comme la femme continuait à perdre du sang en abondance, elle fit demander l'aide d'un accoucheur.

L'hémorragie ayant pris un caractère grave, la sage-femme n'attendit pas notre arrivée et ayant mis toute la main dans l'utérus, elle put extraire le second fœtus qui était un monstre. L'hémorragie continuant encore, elle dut faire une délivrance artificielle et ramener le placenta, en partie déchiré. On put constater toutefois que ce placenta paraissait unique. Le cordon était aussi unique et se divisait en deux tiges distinctes à environ 3 centimètres de l'ombilic de chacun des fœtus. Quand nous arrivâmes auprès de la malade on avait malheureusement jeté le placenta et nous ne pûmes avoir à notre disposition que les deux fœtus.

Suit l'examen des fœtus : un premier, d'apparence normale, manque le rein gauche ; le rein droit est très volumineux et semble résulter de la fusion des deux reins.

Le second fœtus est représenté par une masse œdémateuse, à peu près ovoïde, à grand axe transversal et légèrement aplatie d'où se détachent un membre inférieur complet et du côté opposé un pied seulement, masse qui vivait en parasite sur le cordon du premier fœtus ; le cœur de ce dernier fonctionnant pour les deux.

OBSERVATIONS

Publiées par Ninaud dans sa thèse 1893

OBSERVATION XIV

VII-pare. — Hydramnios aiguë vers six mois de grossesse. — Accouchement gémellaire prématuré à sept mois et demi. — Grossesse bivitelline. — Enfants morts et macérés (Mac Clintock. — *The Dublin. journ of. med.*, avril 1880. Obs. III).

Il s'agit d'une VII-pare. Le premier accouchement a lieu à terme, fille morte et macérée. Les deuxième et troisième à terme et vivant ; le quatrième,né en état de faiblesse congénitale, mort au bout de trois jours ; les cinquième et sixième accouchement prématuré du fœtus mort et macéré. Le liquide amniotique est en quantité excessive.

Pour la septième grossesse : elle remarque dès le début qu'elle est beaucoup plus grosse que les autres fois, mais vers le milieu du sixième mois elle constate une augmentation rapide du volume du ventre.

A partir de ce moment elle commença à éprouver du manque d'appétit et de sommeil, ainsi qu'une fièvre parfois très inquiétante. Très abattue elle éprouvait parfois des

douleurs dues à des contractions utérines. Œdème léger aux malléoles, léger nuage d'albumine dans les urines.

Elle accouche vers le milieu du septième mois de deux jumeaux de sexe différent morts et macérés ; les deux placentas sont séparés; il y avait une grande quantité de liquide dans chaque œuf.

OBSERVATION XV

IV-pare.—Hydramnios aiguë à trois mois et demi.—Ponction abdominale à quatre mois environ, répétée cinq jours après. — Avortement gémellaire deux jours après la seconde ponction à quatre mois et demi. (*Lambl. centrablatt fur gynækologie*, 1881, V. Obs. IV).

IV-pare,vingt-huit ans. Dernières règles au mois de juin. Le 15 septembre cette femme se plaignit de douleurs dans l'hypocondre droit, l'état s'aggrave les jours suivants et on voit le ventre augmenter rapidement de volume au point qu'un médecin consulté pense que la grossesse a dépassé la moitié de sa durée.

1er octobre — La malade se plaint de difficultés pour respirer et d'une douleur continue dans l'hypocondre droit. Le ventre a pris un développement énorme ; la paroi antérieure forme une énorme saillie convexe symétrique dans tous les sens. Les parois abdominales non œdématiées offrent une tension extraordinaire, une résistance égale dans tous les points de la région et une fluctuation vague à la percussion. Les intestins sont refoulés en arrière vers

les régions lombaires. Pas d'œdème ailleurs qu'aux malléoles, où il est léger. Pouls régulier : 86. Température normale, langue humide; la malade ne veut rien prendre afin de ne pas augmenter la gêne et l'oppression qu'elle éprouve. La sécrétion urinaire est très faible. Cœur et poumon normaux.

Le lendemain, l'oppression a augmenté, le pouls est à 96, la respiration à 30 par minute. La malade demande à prendre des remèdes radicaux pour être délivrée de ses malaises insupportables plus longtemps.

Le diagnostic hésitait entre ascite, kyste de l'ovaire et kydramnios, bien qu'aucun d'eux ne paraisse vraisemblable, surtout le dernier, à cette époque de la grossesse. On s'arrêta à l'idée d'ascite et on décida de faire une paracentèse. Celle-ci est faite le 2 octobre à la hauteur du nombril à 18 centimètres à sa gauche. Il s'écoula environ 15 litres d'un liquide jaune clair, limpide, jaillissant avec force, puis le jet cessa brusquement comme si une soupape venait l'intercepter.

La malade en fut immédiatement soulagée quoique le volume de son ventre n'ait été diminué que du tiers du liquide qu'il contenait.

Le lendemain la malade est calme et le ventre est affaissé dans sa moitié gauche, la partie droite est aussi fortement convexe et aussi tendue qu'auparavant.

5 octobre. — La sensation de pesanteur augmente dans le côté droit et la respiration devient difficile. Une deuxième ponction est faite en cet endroit et donne 20 litres de liquide rougeâtre foncé qui jaillit en jet et s'arrête brusquement comme à la première ponction.

7 octobre. — La femme expulse à 3 heures du matin deux jumeaux de quatre à cinq mois. L'un était rouge sombre, l'épiderme soulevé par petites plaques ; l'autre pâle, décoloré. Le placenta était unique.

OBSERVATION XVI

VI-pare. — Hydramnios aïguë à quatre mois et demi. — Avortement thérapeutique à cinq mois. — Grossesse gémellaire univitelline. (Green, *Boston med-and Surg. Journal*, 7 août 1884, obs. V.)

VI-pare, vingt-neuf ans, les 5 premiers accouchements normaux, à terme. Dernières règles le 22 octobre 1882. Nausées et vomissements un mois après qui se continuent avec violence jusqu'à fin mars. Apparition des mouvements actifs en février. La femme se trouve plus grosse que d'habitude ; à cette époque, vers le 1er mars, le ventre commence à grossir rapidement. Elle voit un médecin : le ventre est aussi volumineux qu'à la fin de la grossesse ; parois tendues, circulation collatérale visible, fluctuation nette, parties fœtales mobiles, auscultation nulle.

12 mars. — La tumeur semble avoir augmenté, la malade se plaint de la distension de son ventre et d'un point de côté à droite. Les urines sont peu abondantes ; la circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic est de 91 centimètres, le 19 elle est de 97 centimètres. Le 21, la malade est dans un état de détresse profonde, elle ne peut trouver une position

supportable, ni dormir un instant depuis plusieurs jours. Elle ne peut garder aucune nourriture solide et souffre de brûlures d'estomac. Les urines de vingt-quatre heures sont de 300 à 600 grammes au plus.

On se décide à provoquer le travail, le pouls est à 91, la température à 37 degrés. On introduit dans l'utérus, guidé sur deux doigts introduits dans le col, un cathéter en gomme élastique armé d'un stylet. Lorsqu'il est introduit de 15 à 18 centimètres dans l'utérus, on rompt les membranes à cette hauteur. Il s'écoule alors 6 quarts de liquide amniotique, le pouls tombe à 88. Les contractions utérines sont très faibles et la malade peut dormir. Le 23 mars (deux jours après) les douleurs recommencent, la dilatation se fait en quatre heures et deux fœtus du sexe masculin se dégagent ; ils pèsent 1 livre et 1 liv. 1/2 : l'un des fœtus avait un pied bot, l'autre ne présentait pas de difformité. Le placenta unique est expulsé peu de temps après, accompagné d'une faible hémorragie. Le placenta unique pesait un peu plus de 1 livre, il y avait un seul chorion et sans doute à l'origine deux amnios, mais le septum s'était atrophié en partie, ce qui en restait avait l'aspect d'un repli falciforme.

La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic mesurée dix jours après l'accouchement est de 67 centimètres.

OBSERVATION XVII

IX-pare. — Hydramnios aiguë à quatre mois et demi. — Avortement thérapeutique à cinq mois. — Grossesse gémellaire mono-amniotique. (Humphreys, *Lancet*, 1888, obs. VIII.)

Mme S..., trente-trois ans, IX-pare. Apparition des mouvements actifs le 5 octobre. Le même jour la mère de cette dame eut une attaque d'apoplexie chez elle et mourut le lendemain. C'est seulement le 15 que je vis la malade pour la première fois. L'abdomen était fortement distendu par le liquide qui s'était collecté graduellement depuis le 5. On pourrait croire que cette dame est actuellement au terme de sa grossesse. Il y avait une dyspnée considérable, quelques palpitations, une douleur lombaire entièrement violente. L'abdomen est très tendu.

17 octobre.— En consultation on pose le diagnostic de grossesse double avec hydramnios et on ponctionne les membranes par le vagin ; 5 lit. 1/2 de liquide s'écoulent. Les deux jumeaux sont expulsés le lendemain. Il y avait un seul placenta, un seul chorion, deux amnios. Une communication facile et directe existait entre les veines des deux fœtus.

OBSERVATION XVIII

V-pare. — Hydramnios aiguë à trois mois. — Avortement gémellaire à quatre mois. — Grossesse bivitelline. (Professeur Pinard, *in* thèse Carton, 1893, obs. IX.)

V-pare, trente-cinq ans, 3 accouchements à terme, une fausse couche, pense être devenue enceinte en juin. Vers

le mois d'août le ventre est très gros et son volume ne fait qu'augmenter en septembre. M. Pinard qui la voit à cette époque constate que le volume de l'utérus est hors de proportion avec l'âge de la grossesse, et que la quantité de liquide était exagérée ; le fond de l'utérus remontait jusqu'à l'appendice xyphoïde. Il conseille un traitement mercuriel, d'autant plus volontiers qu'il constate chez les deux enfants de cette dame des signes de rachitisme avec dents d'Hutchinson.

A partir de cette époque, la femme maigrit considérablement ; le ventre continue à se développer ; des phénomènes de compression : douleurs, crampes font leur apparition. La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic mesure 118 centimètres. Cependant il n'y a pas d'œdème, ni sus-pubien, ni malléolaire. Le sommeil devient impossible, la marche difficile. M. Pinard se demandait s'il fallait pratiquer la ponction de l'œuf ou des œufs ; quand un soir il trouve le col déhiscent et devant la dyspnée qui est alors très accusée il rompt les membranes et recueille 10 litres de liquide. Le fœtus est expulsé dix heures après.

Une deuxième poche est alors rompue qui contenait 10 litres de liquide elle aussi, et un deuxième fœtus fut expulsé.

Le placenta étant constitué par deux masses distinctes séparées par un pont membraneux. Les deux enfants morts après quelques inspirations présentaient des lésions de rachitisme intra-utérin,

OBSERVATION XIX

I-pare. — Hydramnios aiguë à quatre mois. — Avortement gémellaire à cinq mois et demi (Clavaud-Ribourjon. Observations, résumées. Observation I).

G..., primipare, vingt-neuf ans, entre le 12 mars 1883. Un seul rapport avec le père de l'enfant le 18 septembre. Vers le troisième mois de sa grossesse, elle dit que son ventre a beaucoup grossi, un mois après elle fait une chute sur le dos à la suite de laquelle son ventre a grossi encore rapidement et a continué à grossir jusqu'à ce jour.

Depuis trois jours, malaises, vomissements, douleurs dans les reins, fièvre. Le 12 mars au soir, les douleurs plus fortes décident la femme à entrer à l'hôpital.

On est surpris du volume et de la distention de l'abdomen. On sent à la surface de petites bosselures qui sont des fibromes utérins, l'utérus est très tendu et en raison de la grande quantité du liquide on ne peut percevoir qu'un faible ballottement céphalique dans l'hypocondre droit ; le col est dilaté de 3 centimètres et la femme est en travail. A la dilatation complète ou rompt artificiellement les membranes et il s'écoule une quantité considérable de liquide. Le premier enfant pèse 1 kilo ; le deuxième pèse 900 grammes. La délivrance se fait normalement ; le placenta est unique et une cloison médiane forme deux œufs.

OBSERVATION XXX

II-pare. — Hydramnios. — Avortement gémellaire à cinq mois et demi (observation II).

Marie D..., âgée de vingt-huit ans, II-pare, entre le 4 avril 1883 (grossesse antérieure à terme il y a sept ans). Dernières règles du 16 au 20 septembre 1882. Pas de renseignements sur l'apparition de l'hydramnios. Premières douleurs le 3 avril (cinq mois et demi). Deux garçons : 1.100 et 1.150 grammes. Placenta unique ; le liquide ammiotique est en grande quantité dans les 2 œufs.

OBSERVATION XXI

III-pare. — Hydramnios. — Avortement gémellaire à quatre mois et demi (observation VIII).

Joséphine G..., trente trois-ans, deux accouchements antérieurs prématurés à sept mois. Dernières règles le 25 septembre 1884. Pendant la grossesse aucune complication jusqu'au 8 février 1885 où elle entre à l'hôpital en travail ; accouchement rapide de deux garçons : le premier de 390 gr. macéré, le deuxième de 400 grammes vivant. Le liquide ammiotique de la première poche est rose, celui de la deuxième est de couleur normale et en grande quantité. Pas de renseignements sur l'apparition de l'hydramnios.

OBSERVATION XXII

II-pare. — Hydramnios aiguë au cinquième mois. — Avortement thérapeutique à cinq mois et demi. — Grossesse gémellaire (observation XLII).

X..., âgée de vingt-huit ans, est admise d'urgence à la salle de travail le 13 juin 1895. Secondipare, elle a eu en 1887 un premier accouchement spontané à terme. Le père est différent pour la deuxième grossesse. Dernières règles du 1er au 8 décembre 1895. Elle est donc au sixième mois de sa grossesse. L'utérus mesure 44 centimètres de hauteur et la circonférence du ventre au niveau de l'ombilic et de 112 centimètres. Température 37°8.

Cette femme a dû cesser son travail durant 15 jours au commencement de mai (cinquième mois) parce qu'elle souffrait du ventre ; ces douleurs ayant cessé sous l'influence du repos, elle a recommencé à travailler. Le 5 juin elle a dû cesser à nouveau son travail. Depuis cette époque elle souffre beaucoup et continuellement dans le ventre. Elle est très constipée et urine difficilement. A son entrée, elle présente un facies amaigri, un teint jaunâtre subictérique, des yeux excavés, le nez effilé, enfin le facies abdominal.

La respiration est fréquente et pénible surtout lorsqu'elle est dans le décubitus dorsal. Cette dyspnée existe seulement depuis 8 jours. Le cœur bat violement et fréquemment : le pouls est de 128. Les symptômes sont si accentués qu'on lui ait une injection de 25 centigramme de caféine.

Au palper, le ventre est tendu d'une façon exagérée; on a très nettement la sensation de flot. M. Pinard fait le diagnostic de grossesse gémellaire avec hydramnios. Au toucher on constate un col mou mais non effacé, un orifice dilatable. On arrive facilement sur les membranes qui se tendent un peu au moment des contractures et on constate la présentation d'une tête, assez ossifiée. Une seule poche présente un degré de tension exagérée, ce qui fait penser qu'il n'y a hydropisie que d'un seul œuf.

Après antisepsie des voies génitales on place un ballon de Champetier de Ribes, petit modèle. Le travail se déclare et à 6 heures du soir la dilatation est complète.

La tête est très descendue dans l'excavation, on essaie de rompre les membranes mais la poche du premier œuf ne bombe pas dans le vagin, la rupture en est difficile si bien qu'il faut les prendre avec une pince pour pouvoir les rompre.

A ce moment la température s'élève à 38°2, le pouls à 128 degrés. On juge nécessaire l'emploi du forceps pour éviter tout effort à la parturiente.

Le premier fœtus saisi avec le forceps comme avec une pince pèse 1.550 grammes ; c'est un garçon qui naît vivant.

Après l'extraction du premier fœtus ou rompt facilement la deuxième poche qui bombe dans le vagin et il s'écoule huit litres de liquide opalescent.

On extrait un deuxième garçon qui est très maigre et ne pèse que 950 grammes. L'état général de la femme nécessite une deuxième injection de caféine.

Trente minutes après, extraction simple du placenta dont on ne donne pas de description.

OBSERVATIONS

Rapportées par Siou (Thèse de Paris, 1896).

OBSERVATION XXIII

II-pare. — Hydramnios aigue à cinq mois et demi. — Hydrorrhée. — Avortement gémellaire à six mois et demi. — Grossesse univitelline (observation VII).

G..., vingt-sept ans, secondipare. Premier enfant à terme. Deuxième grossesse : Dernières règles du 5 au 8 mars 1886. Dès le début de sa grossesse elle a eu à souffrir de vomissements très répétés et très pénibles. Vers cinq mois et demi de la grossesse, elle remarque que son ventre grossit très rapidement. Pas d'œdème des jambes, pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue, cependant il y a de l'albumine dans les urines.

5 octobre. — Elle perd une quantité d'eau qu'elle évalue à un litre; elle entre à l'hôpital, le ventre est très volumineux et il est difficile de sentir les parties fœtales à cause de la distension de l'abdomen. Par le toucher on sent à travers le segment inférieur une tête qui ballotte. La poche des eaux se rompt spontanément à 1 heure, on recueille 5 litres de liquide amniotique. A 6 heures, la dilatation est complète ; elle accouche, une heure plus tard, spontanément d'une fille morte de 950 grammes. On rompt l'autre poche et il en sort une seconde fille de 1.240 grammes qui meurt quelques heures après.

Placenta unique avec circulation commune, le premier cordon a une insertion vélamenteuse ; les deux poches sont séparées par deux amnios.

OBSERVATION XXIV

IX-pare. — Hydramnios aiguë à cinq mois. — Avortement gémellaire à six mois. — Grossesse univitelline. — Insertion vélamenteuse d'un des cordons (Remy, *Archives de tocologie*, 1892. Observation XII).

Mme H..., IX-pare, a eu toutes ses autres grossesses normales et ses accouchements réguliers.

Dernières règles au début de janvier 1890 ; elle perdit cependant un peu de sang pendant deux jours à la fin de janvier, ses règles duraient habituellement quatre jours. A 3 mois de grossesse une sage-femme la vit et trouva son utérus normalement développé. A 5 mois, la sage-femme trouva qu'il était très augmenté de volume et pensa à un hydramnios. La gêne allait toujours en augmentant ; la femme ne pouvait plus travailler, restait au lit ou sur un fauteuil ; les douleurs étaient vives surtout dans la corne droite.

Dans la première quinzaine de juillet, l'utérus augmenta rapidement de volume, il se fit une poussée aiguë d'hydramnios. Le 15, les jambes s'œdématièrent, le 16 je fus prié de voir cette femme.

Elle est très maigre et souffre beaucoup du côté du ventre. L'utérus est excessivement développé, formant une grosse tumeur sphérique tendue et fluctuante. Il semble qu'il a

acquis tout le développement possible. La femme sent remuer, mais la palpation ne fait rien reconnaître. Le toucher me permet de constater une tête mobile. J'annonce que si le travail ne se déclare pas, une intervention sera nécessaire.

Je revois la femme le 21 juillet. Le volume de l'utérus a encore augmenté ; la femme croit que son ventre va éclater, elle se plaint de douleurs intermittentes dans les reins et vers la région sus-pubienne, l'utérus semble plus dur au moment de la douleur. Il y a de l'œdème.

Par le toucher, je trouve le col représenté par un bourrelet, les orifices ouverts. Je sens les membranes qui ne sont point tendues et se laissent assez déprimer pour permettre de sentir une tête petite, mobile, mais qui ne fuit pas sous le doigt qui lui imprime un mouvement. Ce fait contraste avec l'état de tension présenté par le globe utérin. J'en conclus qu'il y a deux œufs, l'un situé à la partie inférieure dont les membranes restent souples et qui renferme peu de liquide, et un autre œuf hydropique qui distend l'utérus et qui renferme un fœtus que la femme sent remuer à la partie supérieure droite de l'utérus.

A 9 heures du soir la dilatation atteint 2 centimètres.

A 11 heures, la parturiente perd tout à coup une quantité d'eau qu'on évolue à 10 litres. Un enfant s'engage par l'épaule et comme il est petit, on n'y touche pas, il se dégage vers minuit.

Un second enfant se présente par la tête accompagnée d'un pied, son expulsion dure environ un quard d'heure. Les deux enfants du volume de cinq mois environ naquirent vivants, mais moururent quelques temps après.

Délivrance artificielle, placenta unique, plus pâle que d'habitude. Il est divisé en deux portions inégales par une cloison composée de deux feuillets amniotiques. La portion la plus étroite reçoit un cordon bien constitué, inséré régulièrement près de la cloison de séparation, et dont les vaisseaux courent aussi sur la face placentaire de l'autre œuf.

Quant au second cordon, il formait une insertion velamenteuse sur les membranes. Il n'y avait qu'un seul chorion.

En résumé il y avait deux poches, l'une hydropique, l'autre peut-être pas (vu la flaccidité des membranes au moment de l'exploration); les deux œufs se seront rompus au même moment.

OBSERVATION XXV

X-pare. — Hydramnios aiguë à six mois et demi. — Avortement thérapeutique à sept mois, un fœtus normal, l'autre acéphale phocomèle (observation XVIII).

A trente-trois ans, entre le 22 avril 1893 à la Maternité de l'hôpital de Saint-Denis, service du Dr Dupuy. X-pare ; les premières grossesses se sont terminées prématurément à sept mois et les enfants n'ont vécu qu'une ou deux heures. Les six autres grossesses ont été normales ainsi que les accouchements.

Elle fait actuellement un travail très pénible qui consiste à rester presque toujours debout, pour laver, le ventre appuyé contre une table Depuis son dernier accouchement qui date de quatorze mois, elle n'a eu qu'une seule fois ses

règles sans pouvoir en préciser la date, mais elle se croit enceinte de sept mois ; son mari l'a abandonnée il y a eu cinq ou six mois.

Au début de sa grossesse elle a eu quelques vomissements qui ont cessé spontanément. Aucun stigmate de syphilis.

A son arrivée, le 22 avril, son ventre est très volumineux ; elle affirme qu'il a commencé à augmenter démesurément de volume depuis quinze à dix-huit jours. A cette époque, un soir après dîner, sans cause reconnue, alors qu'elle était très fatiguée. elle a éprouvé un malaise général et elle a eu de la fièvre. Depuis elle a perdu tout appétit et était restée courbaturée. Elle a remarqué qu'elle urinait beaucoup moins qu'auparavant et qu'elle a beaucoup maigri. En outre elle se plaignait sans cesse d'une douleur vive dans l'hypocondre droit.

A son arrivée il lui semble que son abdomen augmente encore de volume.

23 avril. — Le pouls de la malade est très rapide. La température est à 37°8. Pas d'albumine, pas d'œdème ni aux membres inférieurs, ni à la région sus-pubienne ni aux organes génitaux. L'abdomen est uniformément et considérablement distendu, l'utérus arrive jusqu'à l'appendice xiphoïde rendant la respiration très pénible ; la circulation sous-cutanée est très apparente, la peau tendue, lisse et luisante.

On perçoit nettement le souffle utérin, mais on ne peut entendre les battements du cœur ; pourtant la femme affirme qu'elle sent remuer.

La palpation est très difficile et passablement douloureuse ;

il y a une sensation nette de flot ; par moment on sent l'utérus se contracter et devenir globuleux.

Au toucher le col est ramolli et entr'ouvert ; on ne perçoit pas de parties fœtales.

25 avril. — La malade qui ne se plaignait que de douleurs dans l'hypocondre droit, voit cette douleur s'irradier à tout l'abdomen et devenir intolérable. Elle ne peut dormir et est très agitée, elle a une dyspnée continue, un facies très altéré et demande instamment qu'on la soulage.

Le Dr Dupuy rompt les membranes avec le doigt, le 6 mai, à 10 heures du matin et il s'écoule treize litres de liquide dont il modère l'écoulement ; la femme éprouve immédiatement un soulagement considérable.

Elle passe la journée calme et reposée avec quelques douleurs utérines très espacées. La température normale depuis douze jours monte le soir à 38°6, enfin à 11 heures du soir après quelques douleurs plus fortes, elle perd à nouveau une petite quantité de liquide et expulse une fille mort-née et quinze minutes après le placenta sort spontanément. Mais les membranes tenant d'un côté au placenta étaient fixées dans la cavité utérine et quelques minutes après on vit deux membres inférieurs apparaître à la vulve. Ce fœtus est acéphale. phocomèle. Le cordon, reliant le placenta au premier fœtus bien constitué, paraissait normal ; le cordon devant relier le placenta au fœtus monstre était sectionné à 2 centimètres environ de l'ombilic ; la surface de section était bien cicatrisée. Le poids du placenta était de 1 kgr. 092.

Le premier enfant normal pesait 1.480 grammes. La longueur du cordon était de 60 centimètres ; le deuxième enfant

monstre pesait 813 grammes et les deux bouts ajoutés de l'autre 10 centimètres.

OBSERVATION XXVI (Résumée)

VII-pare. — Hydramnios aiguë à quatre mois et demi. — Avortement gémellaire à six mois. — Grossesse univitelline.— Insertion velamenteuse du cordon de l'œuf hydroamniotique (Maygrier.— *Journal d'obstétrique*, 1897).

La femme J..., trente-deux ans, a eu six grossesses antérieures, dont cinq à terme et une terminée à deux mois et demi.

Septième grossesse. — Dernières règles du 6 au 9 octobre 1896. Évolution normale jusque vers le quatrième mois, époque à laquelle le ventre prend rapidement un développement insolite, en même temps que des douleurs abdominales apparaissent, s'irradiant dans les membres inférieurs et que l'appétit et le sommeil disparaissent. Elle entre à Lariboisière le 22 avril 1897.

Examen. — Le volume de l'abdomen considérable n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse (six mois environ. La peau tendue laisse voir d'abondants réseaux veineux, la tension du ventre est considérable on ne parvient à sentir aucune partie fœtale et on n'entend pas les bruits du cœur. L'état général est loin d'être satisfaisant, les douleurs du ventre et des reins sont continuelles, la respiration est génée, le décubitus impossible, la malade ne peut ni manger ni dormir. Il y a des varices des membres inférieurs et de la vulve ainsi que de l'œdème malléolaire.

Maygrier diagnostique une grossesse gémellaire probable avec expulsion imminente des produits de conception.

Le col s'entr'ouve à partir du 24 avril et le 25 le travail se déclare franchement. A la dilatation complète on rompt les membranes, il s'écoule peu de liquide : Un premier garçon naît en présentation du siège. La seconde poche des eaux bien tendue est percée alors et laisse s'écouler 8 litres 1/2 de liquide. Le second garçon est expulsé spontanément en présentation du sommet. On pratique ensuite la délivrance artificielle en raison de l'inertie utérine qui provoque une hémorragie de près de 1.500 grammes.

Placenta de 900 grammes. Un seul chorion, deux amnios. Insertion du cordon normal sur l'œuf normal, velamenteuse dans l'œuf hydroamniotique. Les deux circulations placentaires communiquent largement par des anastomoses des artères ombilicales.

Poids des deux fœtus : 970 grammes (normal) et 1.190 gr. (hydro-amniotique).

Poids de leurs organes : cœur 5 grammes, 10 grammes ; foie 35 grammes, 60 grammes.

OBSERVATION XXVII

Hydramnios aiguë. — Avortement thérapeutique gémellaire à cinq mois. — Hydramnios dans un œuf, oligoamnios dans l'autre (Société des sciences médicales de Lyon, juillet 1898. — *Lyon médical*, 4 septembre 1898).

M. A. Polosson a eu l'occasion d'observer un cas de grossesse au cinquième mois dans lequel le volume de l'utérus

atteignait et dépassait même celui d'une grossesse à terme.

A la palpation, sensation de résistance, et, vers le flanc gauche, au-dessus de l'arcade crurale, on sentait une résistance, donnant la sensation d'un dos de fœtus. En ce point on percevait des bruits du cœur très nets qu'on retrouvait très fixes à chaque examen.

M. Pollosson pensa que le fœtus ainsi fixé ne pouvait être celui de la cavité hydro-amniotique ; il devait donc y en avoir deux, car dans une pareille cavité un fœtus de quatre mois et demi ne pouvait être perçu par aucun mode d'examen. D'autre part les cas d'hydramnios aigus se produisent presque toujours dans les grossesses gémellaires.

L'état de la malade étant mauvais, il pratiqua la ponction par le vagin. Il y eut un écoulement de 12 litres de liquide pratiqué lentement, la main formant tampon dans le vagin, et, après l'opération, il s'écoula encore plusieurs litres. Puis survinrent les contractions utérines et l'accouchement.

La poche des eaux étant rompue, un premier fœtus vivant apparaît ; le cordon fut coupé, puis sans rupture d'une nouvelle poche des eaux, il y eut expulsion d'un deuxième fœtus qui naquit enveloppé dans sa poche des eaux sans rupture des membranes.

Il y avait pour les deux fœtus un placenta unique deux cordons y aboutissaient ; l'un appartenait au premier fœtus, l'autre pénétrait dans une cavité close. Dans ce second œuf il n'y avait pas une goutte de liquide amniotique et les membranes s'appliquaient exactement sur le fœtus.

OBSERVATION XXVIII

IV-pare. — Hydramnios aiguë à quatre mois. — Avortement gemellaire à cinq mois. — Grossesse univitelline (Lamouroux. — Société d'Obstétr. de Paris, 18 mai 1899).

R..., vingt-deux ans, IV-pare. Dernières règles du 20 au 23 mai 1898.

Au début de septembre il existe une augmentation de volume du ventre très remarquable, on en peut apprécier les progrès d'un jour à l'autre. Depuis le début du mois d'octobre, elle éprouva des douleurs dans les membres, le bas ventre et un peu de gêne de la respiration. Son utérus mesure 49 centimètres, ses parois sont tendues et résistantes, on y perçoit de la fluctuation, pas de parties fœtales sensibles. Auscultation nulle.

L'accouchement se fait le 1er novembre au terme de cinq mois ; 875 grammes de liquide purent être recueillis après rupture des membranes ; un des fœtus est expulsé, il pèse 680 grammes, la masse placentaire le suit et dans les membranes on trouve un autre fœtus mort et œdématié du poids de 610 grammes.

Masse placentaire unique, un seul orifice. Deux poches, dont celle qui contient le fœtus mort est énorme et évidemment le siège de l'hydramnios.

Les deux fœtus sont du même sexe. La cloison de séparation des deux œufs n'est formée que par deux amnios.

Sur la surface fœtale du placenta, on voit cheminer les vaisseaux des deux cordons, mais nulle part on ne trouve

sur cette face d'anastomose d'artère d'un cordon à artère de l'autre cordon ou de veine à veine.

Les communications entre les deux circulations fœtales existent cependant mais profondément.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

III-pare. — Hydramnios aigue à quatre mois. — Avortement gemellaire à cinq mois. — Grossesse anivitelline. — Un des fœtus atteint de malformations du membre inférieur. — Cœur hypertrophié (G. Keim. — Société d'Obstétrique de Paris, 6 juillet 1899).

P..., vingt-cinq ans, III-pare. Deux grossesses précédentes à terme.

Elle nourrissait, quant elle est devenue enceinte, cependant elle croit que sa grossesse date des premiers jours de janvier.

Elle se présente le 22 juin 1899 à la consultation de Lariboisière, inquiète au sujet du développement de son ventre dont le développement est tel qu'il gêne la malade pour marcher et respirer ce ne serait que depuis deux mois que l'abdomen aurait acquis cet excès de volume, assez pour gêner la marche, constiper la malade et la faire uriner avec difficulté.

La paroi est tendue, on perçoit une sensation de flot et on ne peut sentir aucune partie fœtale. Auscultation négative, au toucher le col est entrouvert et on peut obtenir un ballottement fœtal au travers dn cul-de-sac antérieur. Elle refuse

de rester à l'hôpital et revient deux jours après en travail depuis deux heures environ.

Lorsque la dilatation est presque complète, la poche des eaux qui fait saillie à la vulve est rompue artificiellement et laisse s'échapper 12 à 14 litres de liquide. Extraction par version podalique du premier fœtus, mais après déchirure facile d'un voile amniotique, la main pénètre dans une deuxième poche vide d'eau, au moins en quantité appréciable et extraction du second fœtus. Les deux fœtus sont des garçons de 490 et 380 grammes. Le premier présente une malformation du membre inférieur droit, son cœur est colossal, il remplit une grande partie du thorax et pèse 10 grammes. La vessie est distendue par l'urine. Le placenta univitellin pèse 620 grammes.

Les parents n'étaient pas syphilitiques, mais la mère était fille de tuberculeux, et tuberculeuse elle-même et M. Keim émet l'hypothèse que les toxines tuberculeuses peuvent favoriser l'eclosion et de la grossesse gemellaire et des malformations.

OBSERVATION XXX

Hydramnios aigue avec symptômes péritonéaux. — Laparotomie exploratrice. — Avortement thérapeutique à cinq mois. — Grossesse gemellaire bivitelline (Boissard. — *Journal des praticiens*, 26 octobre 1901).

A son arrivée dans le service, cette femme présentait tous les signes d'une péritonite : le ventre entièrement ballonné, était le siège de douleurs déchirantes ; absence de garde-

robe pendant quarante-huit heures, quelques vomissements, respiration difficile et fréquente ; pouls petit, filiforme à 80. Température 36°6 ; on perçoit le ballottement abdominal, les mouvements actifs et les bruits du cœur ; au toucher, le col est ramolli, mais le canal cervical n'est pas perméable et il n'y a pas de tension du segment inférieur.

On fait le diagnostic de grossesse de cinq mois compliquée d'accidents péritonéaux d'origine appendiculaire, ou de rupture de grossesse extra-utérine. Traitement : glace sur le centre ; injection sous-cutanée d'un litre de sérum.

A 11 heures du soir, l'état est considérablement aggravé, ventre extrêmement ballonné, très douloureux, facies tiré, respiration haletante, quelques vomissements.

Prévenu par téléphone de l'extrême urgence et de la gravité de la situation, je prie M. Coudert, mon interne de l'année précédente, à ce moment en service chez mon collègue Lejars, de faire la laparotomie qui permet de constater qu'il n'y a pas de péritonite ; il n'y a rien du côté du cœcum ni de l'appendice, l'utérus remonte presque sous le diaphragme, on referme le ventre par un triple surjet au catgut.

Le matin à ma visite, l'état est sensiblement le même : pas d'élévation de température, état nauséeux persistant, aucune émission de matières ni de gaz par l'anus : il y a de l'occlusion intestinale produite par l'extrême développement de l'utérus qui est le siège d'hydramnios aiguë, et en raison de l'absence de tension du côté du segment inférieur, je porte le diagnostic de grossesse gemellaire avec hydropisie aiguë de l'œuf supérieur.

Le lendemain, je me décide à provoquer l'avortement en

perforant les membranes et j'introduis un de nos ballons ; il ne s'écoule qu'un 1/2 litre de liquide. Dans la nuit, apparition des douleurs et écoulement d'une quantité énorme de liquide qui n'a pu être recueilli. L'état est toujours très grave ; température 38 degrés ; pouls à 110. Dans la journée à 3 heures, le col étant suffisamment dilaté, on procède à l'extraction d'un premier fœtus vivant du sexe masculin, du poids de 600 grammes ; un placenta se présente qui est aussitôt extrait ; on procède ensuite par la version à l'extraction du second fœtus du sexe féminin du poids de 530 grammes. Délivrance artificielle, injection intra-utérine d'une solution de sublimé.

A partir de ce moment, la malade a été de suite soulagée, le ballonnement disparaît et en même temps cessation des nausées, émissions de gaz, enfin suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XXXI

I-pare. — Insuffisance mitrale. — Hydramnios aiguë à cinq mois. — Avortement à cinq mois et demi. — Grossesse trigémellaire univitelline. (Thoyer-Rozat. — Société d'obstétrique de Paris, 19 mars 1903.)

I-pare de vingt-trois ans, née de parents bacillaires et dont le mari paraît être tuberculeux. Vers douze ans soignée pour maladie de cœur.

Dernières règles du 12 au 14 juillet 1902. Pas de troubles particuliers au début de la grossesse et a senti remuer à

quatre mois et demi. Elle se présente à la consultation de Lariboisière le 30 décembre, se plaignant de douleurs dans le bas ventre et de cuissons très vives à l'anus, celles-ci causées par de volumineuses hémorroïdes et une fissure anale.

On constate une insuffisance mitrale.

L'utérus est dure et très tendu, son développement est tout à fait disproportionné avec l'âge présumé de la grossesse (il remonte jusqu'à 4 travers de doigt de l'appendice xyphoïde), il y a très manifestement de l'hydramnios. On sent en divers points des parties fœtales qui ballottent sans pouvoir déterminer la présentation. On n'entend pas les bruits du cœur, mais on perçoit les mouvements actifs.

En raison de l'apparition précoce et de l'évolution rapide de cette hydramnios, on admet la possibilité, la probabilité, d'une grossesse gémellaire ; la malade nous apprend alors qu'une de ses tantes a accouché de deux jumeaux.

6 janvier. — Le travail se déclare, on trouve une poche des eaux qui bombe à la vulve ; on la rompt et immédiatement après l'écoulement en quantité normale d'un liquide amniotique brunâtre, la malade expulse un fœtus du sexe masculin, mort et déjà en partie momifié pesant 300 gr.

Le cordon très long fait cinq circulaires entièrement serrés autour du cou ; on rompt une seconde poche des eaux qui fait saillie, il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique normal (on en recueille 1.050 gr.) ; un second fœtus du sexe masculin est expulsé vivant.

L'utérus reste volumineux, on y sent des parties fœtales, la troisième poche des eaux se rompt spontanément ; le liquide amniotique est normal comme aspect et comme

quantité. Le troisième fœtus est aussi du sexe masculin et pèse 720 grammes.

Délivrance naturelle une heure après. Le placenta qui pèse 600 grammes est unique, on reconstitue facilement les trois poches dont les cloisons de séparations ne sont formées que de deux amnios ; sur sa face fœtale on voit nettement des anastomoses superficielles volumineuses.

OBSERVATION XXXII

I-pare. — Hydramnios. — Avortement gémellaire à six mois et demi. — Grossesse univitelline. — Un des cordons est inclu dans les membranes accolées (Maygrier. — Société obstétricale de France, 1904).

Une femme de vingt-deux ans, primipare, enceinte de six mois et demi entre à la Charité le 25 décembre 1903, souffrant depuis plusieurs heures. La dilatation est complète, la poche des eaux est volumineuse et on perçoit par le toucher une petite tête mobile au détroit supérieur. On rompt les membranes. Un liquide teinté de méconium s'écoule en grande abondance et presque aussitôt un petit fœtus est expulsé. Une seconde poche apparaît à la vulve et après sa rupture qui laisse s'écouler peu de liquide, un second fœtus naît par le siège. Les deux enfants sont du sexe féminin, pèsent 1.030 et 740 grammes. On pratique la délivrance artificielle pour hémorragie.

Le placenta est unique, il n'y a qu'un chorion et les deux circulations communiquent par de nombreuses anastomoses.

La disposition des œufs est tout à fait singulière, l'un est

beaucoup plus grand et l'autre est comme suspendu dans son intérieure en même temps qu'accolé à l'une de ses parois. Le plus petit semble clos de toutes parts sans connexions avec le placenta. En réalité il est relié au délivre par une lame membraneuse qui contient trois amnios et le chorion ; ces quatre membranes sont fusionnées, comme soudées et c'est dans leur épaisseur que cheminent dissociés les vaisseaux du cordon qui vont gagner le placenta, marginé en ce point. Cette poche contenait le fœtus le plus petit ; si ce dernier avait succombé avant de naître, il est probable qu'il se serait accolé de plus en plus à la partie interne de grand œuf, le fœtus étant comprimé, aplati comme dans les cas de fœtus compressus ou papyracieus.

OBSERVATION XXXIII (Résumée)

III-pare. — Bacillaire. — Hydramnios aiguë à quatre mois et demi. — Avortement thérapeutique à cinq mois. — Grossesse gémellaire univitelline. — Insertion vélamenteuse d'un des cordons (Boucharcourt et Valency. — Société d'Obstétrique de Paris, 16 juin 1904).

L..., tertipare, vingt-sept ans, entre à la clinique Tarnier parce que son ventre augmente brusquement de volume depuis quatre jours.

Antécédents pathologiques sans intérêt.

Première grossesse en 1900. Avortement à cinq mois et demi, fœtus mort depuis quelques jours, curettage.

Deuxième grossesse en 1902. Albuminurie intense ;

accouchement prématuré à sept mois d'un enfant mort à vingt-sept jours. Suites de couches pathologiques : écouvillonnage et curettage.

Depuis cette grossesse, l'albuminurie est intermittente et une tuberculose pulmonaire s'est déclarée.

Troisième grossesse en 1904. Dernières règles le 10 janvier. Fin janvier symptômes stomacaux ayant fait porter le diagnostic d'ulcère de l'estomac, qui s'amendent sous l'influence d'un traitement approprié.

1er juin. — Entrée à la clinique. Examen : pâleur et amaigrissement notable, dyspnée intense interdisant le décubitus. Signes de tuberculose aux deux sommets. Pas d'albumine dans les urines. Abdomen globuleux, plus volumineux que ne le comporte l'âge de la grossesse, fluctuation nette, on ne perçoit pas de partie fœtale. Souffle utérin intense. Pas de bruits fœtaux.

Le volume de l'utérus augmente les jours qui suivent, la hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse passe de 24 à 31 centimètres en huit jours. Le tour de l'abdomen à l'ombilic dans le même temps augmente de 69 à 90 centimètres. Œdème dans les flancs et au niveau de la masse sacro-lombaire.

Toute la région abdominale est douloureuse, la malade est agitée et dort peu malgré la morphine, l'oligurie est de plus en plus marquée.

9 juin. — M. Budin fait la ponction de l'œuf par voie vaginale. Une quantité d'eau, qu'on évalue à 7 ou 8 litres, s'écoule, l'utérus ne remonte plus qu'à 21 centimètres au-dessus de la symphyse, la circonférence abdominale n'est plus que de 66 centimètres.

L accouchement tarde à se produire et de façon à ce que cet œuf ouvert ne s'infecte pas, on le provoque par l'introduction dans le col de deux grosses laminaires.

14 juin. — Expulsion de deux fœtus vivants, masculins tous deux, de 330 à 290 grammes.

Le lendemain M. Budin est obligé de décoller le placenta resté adhérent dans l'utérus qui s'était refermé, l'arrière faix pèse 350 grammes. Écouvillonnage. Suites normales.

MM. Bouchacourt et Valency discutant l'origine de cette hydramnios admettent que les affections multiples : néphrite, tuberculose, suites de couches pathologiques antérieures, ne sont que des causes prédisposantes et que le facteur étiologique prédominant reste la grossesse gémellaire univitelline. Les deux fœtus pesant à peu près le même poids, mais le cœur du fœtus hydro-amniotique, pesant environ un tiers de plus que celui de son, frère on peut admettre que ce fait a eu pour conséquence la production d'une stase dans le système circulatoire du gros fœtus, d'où hydramnios dans cet œuf.

De plus on remarque qu'une différence encore plus grande existe dans les poids des reins du fœtus normal et du fœtus hydro-amniotique, le rein droit de ce dernier notamment pèse le double du rein droit du premier ; enfin le cordon de l'œuf normal s'insère sur le placenta, tandis que les insertions du cordon sont vélamenteuses dans l'œuf hydro-amniotique.

OBSERVATION XXXIV

Dans la discussion qui suivit M. Boissard rapporte sommairement le cas suivant qu'il venait d'observer :

La grossesse gémellaire avec hydramnios dans un œuf

était seulement soupçonnée lorsque la femme se présenta dans le service, mais en raison de l'extrême distension utérine, la grossesse, dès le premier jour, me paraît fatalement compromise ; je me proposais de ponctionner directement l'œuf par le col lorsque la femme éntra en travail ; à la ponction je retirai 9 litres de liquide ; il s'agissait bien d'une grossesse gémellaire avec énorme distension d'un des œufs, l'autre ne renfermait que quelques grammes de liquide. C'était une grossesse univitelline avec embryon pesant l'un 550, l'autre 350 grammes seulement. Il y avait une masse placentaire unique avec chorion commun.

OBSERVATION XXXV

I-pare. — Hydramnios aiguë de trois mois et demi. — Avortement thérapeutique à quatre mois et demi. — Grossesse bivitelline. — Hydramnios d'un œuf ; oligoamnios de l'autre (Couvelaire, — *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiâtrie*, septembre 1906).

I-pare, vingt-trois ans. Bien portante, mariée à un ancien colonial qui a eu les fièvres intermittentes, alcooliques et absinthiques, ne présentant pas de stigmates de syphilis.

Dernières règles du 12 au 16 septembre. Vers le 19 octobre apparaissent des malaises, quelques vomissements qui rapidement deviennent fréquents ; en même temps que très fréquentes envies d'uriner.

Ces phénomènes cessent dès les premiers jours de janvier.

A partir du 3 janvier elle ne peut plus supporter son corset quoique son ventre ne soit pas très augmenté de volume.

Le 15 janvier, brusquement, apparaissent des douleurs lombaires et son ventre devient d'emblée très volumineux.

Les douleurs lombaires deviennent continues ; elles s'accompagnent bientôt de douleurs au niveau des côtes, comme si les côtes remontaient les unes sur les autres.

Elle éprouve une gêne pour respirer de plus en plus accusée. Elle dort mal et souvent la nuit se lève, marche un peu pour respirer plus librement. Cet ensemble de symptômes la décide à venir à la clinique, où l'on constate sa gêne ; elle ne peut rester étendue et sa position (qu'elle abandonne à chaque instant pour se lever et remuer dans la chambre) est assise sur son lit, le dos soutenu par des oreillers.

On compte 26 respirations par minute, sa température est de 36°8 ; son pouls bat 142 fois par minute. Elle urine en vingt-quatre heures un peu moins d'un litre d'urine non albumineuse. Il n'y a pas d'œdème aux jambes, ni sus-pubien, ni de circulation collatérale. Le fond de l'utérus remonte à 35 centimètres au-dessus du pubis alors que l'âge de la grossesse est de cinq mois environ. Il donne l'impression d'une tumeur liquide notablement tendue ; on fait ballotter une petite partie fœtale au-dessous de l'ombilic. L'auscultation est négative.

M. Pinard, devant cette hydramnios aiguë, décide d'interrompre la grossesse.

1er février. — La hauteur de l'utérus est de 38 centimètres (3 centimètres plus haut que le 28). Au moyen du perce-membrane guidé par l'index introduit dans le col, on perfore les membranes. Le liquide amniotique s'écoule lentement et on

en recueille 2.100 grammes. La femme est immédiatement soulagée.

Jusqu'au 6 février l'état général est parfait, il n'y a plus ni douleurs, ni dyspnée. Le liquide amniotique suinte d'une façon constante.

Le 7 au soir, le pouls qui était redescendu à 97 pulsations remonte à 120, la température n'étant que de 37°2. On introduit alors un ballon de Champetier de 150 grammes.

Les contractions utérines apparaissent et dix heures après le ballon est expulsé ; à sa suite un fœtus féminin vivant de 440 grammes. Le second fœtus féminin lui aussi est vivant, son sac membraneux est assez étroitement appliqué sur lui, car il n'y a que des proportions infimes de liquide amniotique.

Le placenta unique pèse 450 grammes, mais il est facile de reconnaître que les deux œufs sont distincts.

OBSERVATION XXXVI

Hydramnios aiguë à deux mois de grossesse. — Ponction abdominale à quatre mois. — Renouvelée à six mois. — Avortement gémellaire deux jours après la dernière grossesse univitelline. (P. Bar. — Société d'Obstétrique de Paris, 18 avril 1907).

Je vis le 25 décembre 1901 une femme enceinte de quatre mois environ ; d'après les renseignements qu'elle donnait, son ventre avait, dès le second mois de la grossesse, pris des proportions considérables. Je trouvai l'utérus distendu par

une quantité énorme de liquide, je fis une ponction et je retirai 10 litres de liquide amniotique. Cette femme quitta la maternité et revint quarante-trois jours plus tard, le 6 février. L'hydramnios était redevenue abondante.

Je fis de nouveau une ponction et je retirai de nouveau 7 litres de liquide. Mais la femme entra en travail et elle expulsa 2 garçons deux jours après la ponction. Le premier était contenu dans la poche hydro-amniotique. Il était vivant, mais maigre, pâle ; l'autre mort qui était contenu dans la poche où il y avait oligo-hydramnie était œdématié, son foie était entièrement congestionné et la congestion apparaît évidente quand on rapproche les courbes de cet organe de celles du foie de l'autre fœtus. En examinant le placenta, j'ai trouvé la partie correspondante au fœtus mort très œdématiée elle aussi.

Ce placenta présentait plusieurs anastomoses profondes, mais aucune anastomose superficielle.

Je pense que par suite de la décompression rapide à laquelle le fœtus poly-hydro-amniotique a été soumis au moment de la ponction, son cœur a battu avec plus de force, l'ondée sanguine s'est avancée avec plus d'énergie vers le placenta et les anastomoses profondes qui allaient de ce fœtus vers l'autre ont pris soudainement plus d'importance.

Le fœtus transfuseur est devenu brusquement tranfusé, œdématié, apoplectique et mort.

S'il y avait eu une anastomose artérielle superficielle, le résultat eut été le même, seule une anastomose veineuse superficielle eût pu atténuer les conséquences de la décompression rapide du fœtus.

OBSERVATION XXXVII (Résumée)

(Observation rapportée *in* thèse Beguain.)

V-pare. — Hydramnios aiguë à cinq mois. — Ponction le sixième mois. — Avortement gémellaire le lendemain. (Scarpa. — *Opusculi di Chirurgica,* 1825.)

Jeanne B..., trente ans, V-pare, présente en décembre les premiers signes de la grossesse et à partir de cette époque, ressent continuellement une douleur obtuse dans tout le ventre qui ne cède pas à la saignée. L'œdème apparaît et remonte jusqu'aux parties génitales et aux fesses. Le ventre se tuméfie si bien qu'au cinquième mois elle paraît au terme de sa grossesse. Dès le sixième mois elle a de la dyspnée, des syncopes, de l'inappétence, une insomnie presque continuelle, elle ne peut se tenir couchée, sa face est tuméfiée et livide.

La peau du ventre apparaît amincie, l'ombilic est proéminent, le ventre très distendu manifestement par du liquide. Devant cet état, Scarpa pratique la paracenthèse de l'abdomen de préférence à la ponction de l'utérus, car il ne lui est pas démontré que la matrice fut le siège de l'hydropisie. Il retire ainsi 25 à 30 litres de liquide. Le lendemain les douleurs de l'accouchement se déclarent, lorsque les membranes se rompent il s'en écoule encore environ 15 litres et à leur suite les deux fœtus sont expulsés.

OBSERVATION XXXVIII

(*In* thèse Béguain.)

Hydramnios aiguë. — Ponction à cinq mois. — Avortement gémellaire vingt et un jours après. (Noël Dumarais. — *Journal de Sédillot*, t, V.)

Une femme se disant grosse de cinq mois et dont le ventre était plus volumineux qu'il ne l'est à la fin d'une grossesse ordinaire consulta Noël Dumarais. Il constata parfaitement la fluctuation du liquide, mais ne put déterminer la hauteur du fond de l'utérus et pensa que la grossesse était compliquée d'ascite. Il essaya de parer aux accidents en prescrivant des médicaments internes, puis les accidents continuant, se décida à ponctionner l'abdomen à la hauteur de l'ombilic. Un liquide très limpide sort avec un peu de sang, un corps mobile boucha un instant la canule, repoussé avec une sonde cannelée, mais la proportion du sang qui s'écoulait mélangé au liquide était telle, qu'il dut interrompre la ponction après avoir retiré 12 litres de liquide. La malade se trouva très soulagée ; quinze jours après, les accidents reparaissent et la femme accouche spontanément de deux jumeaux vingt et un jours après la ponction.

OBSERVATION XXXIX

II-pare. — Hydramnios aiguë à la fin du quatrième mois. — Diagnostic hésitant : laparotomie et ponction de l'utérus. — Avortement gémellaire six jours après (cinq mois et demi (Observation rapportée par Arzac, thèse de Bordeaux, 1901, (obs. VI).

Mme M..., vingt-cinq ans, II-pare. Dernières règles 19 octobre 1900. Elle s'aperçoit à partir du 15 mars 1901 que son ventre augmente de volume de façon notable ; au 1er avril il devient si gros qu'une sage-femme consultée fait entrevoir la nécessité possible de provoquer l'accouchement. L'œdème sus-pubien commence au début d'avril, la dyspnée vers le 10. Elle est examinée le 13 avril par MM. Lefour, Fieux et Chevannaz de Bordeaux.

Ils constatent l'existence d'une tumeur qui mesure 58 centimètres de hauteur au-dessus de la symphyse.

La circonférence au niveau de l'ombilic est de 116 centimètres.

La tumeur est très tendue, fluctuante ; on y perçoit ni ballottement, ni bruits fœtaux.

Dans le flanc gauche la consistance n'est pas tout à fait la même, il semble qu'il y ait là une tumeur moins tendue, où la fluctuation est plus obscure. A ce niveau, M. Lefour perçoit un instant de petits battements rythmés, le col semble se calmer avec cette tumeur. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire avec grossesse de cinq mois et on décide la laparotomie.

Pendant les dix jours qui s'écoulent, le volume du ventre augmente encore.

23 avril. — Laparotomie sous-ombilicale. On constate que la tumeur est formée uniquement par l'utérus gravide. On ponctionne l'utérus dénudé au niveau du segment inférieur. Il s'en écoule 10 litres lorsque l'écoulement s'arrête spontanément. L'utérus est encore volumineux, cependant on pense alors à une grossesse gémellaire avec un des œufs hydro-amniotique.

Les suites de la laparotomie sont normales. Le 28 la femme entre en travail et expulse le 29 deux fœtus du sexe féminin morts, dontl'un est complètement macéré et l'autre a subi seulement un début de macération.

OBSERVATION XL

II-pare. — Hydramnios aiguë ayant débuté dès le deuxième mois. — Avortement gémellaire a cinq mois. — Grossesse univitelline mono-amniotique (Planchu. — *Lyon médical*, mars 1908, obs. VII).

A. J..., vingt-neuf-ans, II-pare. Première grossesse terminée à trois mois par un avortement. Pas de signes de syphilis cependant. Dernières règles le 11 janvier 1906. Dès le 25 février le ventre grossit et déjà on peut croire à une grossesse avancée.

Nous l'examinons pour la première fois au début de mai (trois mois et demi de grossesse) et nous sommes frappés par l'énorme volume de l'utérus qui est celui d'une grossesse de

sept mois environ, il est uniformément tendu et fluctuant, on ne sent de parties fœtales ni par le palper, ni par l'auscultation.

Dans le courant de mai, l'utérus subit un accroissement très accentué. Le 8 juin il touche les fausses côtes et il apparaît un peu d'œdème sus-pubien et des troubles fonctionnels : dyspnée au moindre mouvement, la malade est obligée de dormir demi-assise. Pas de douleurs.

16 juin. — Le volume a encore augmenté, la hauteur utérine est de 44 centimètres, la circonférence au niveau de l'ombilic de 99 centimètres

M. Planchu se proposait d'interrompre la grossesse lorsque les douleurs apparaissent du 17 au 18 juin ; le travail est lent jusqu'à ce qu'on ait rompu les membranes dès que le col fut perméable. On a recueilli 6 lit. 800 de liquide amniotique normal.

Les deux fœtus sont morts depuis une semaine environ, le premier présente un foie énorme et de l'ascite et pèse 470 grammes, le second maigre et chétif pèse 340. Son foie est petit, le ventre rétracté.

Le placenta est formé par une seule masse, il n'y a qu'une seule cavité amniotique.

OBSERVATION XLI

II-pare. — Hydramnios aiguë à six mois. — Avortement thérapeutique à six mois et demi. — Grossesse gémellaire univitelline (Wilson. — *American journal of obstetric*, 1897, obs. X).

N..., trente-deux ans, II-pare. Dernière règles en octobre 1881. Consulte en mars 1882 à cause d'une hémorragie. Je

trouve l'abdomen très développé pour cette époque de grossesse. Le fœtus petit est très mobile dans une très grande quantité de liquide. Deux semaines après je provoquai l'avortement à cause de symptômes assez graves : oppression, œdème, perte de forces, et que de plus on n'entendait pas le cœur fœtal.

Il s'écoula un seau d'eau et de sang. Il y avait deux enfants du sexe féminin : l'un deux était plus développé que l'autre, et c'est dans sa cavité que le liquide s'était accumulé. Son cœur et ses reins étaient hypertrophiés.

OBSERVATION XLII

VII-pare. — Hydramnios aiguë à quatre mois. — Laparotomie exploratrice. — Avortement thérapeutique. — Grossesse gémellaire univitelline (Observation XII de Wilson).

Mme P. H..., trente-et-un ans, mère de 6 enfants, se suppose enceinte, ses dernières règles ayant cessé cinq mois auparavant. Elle vient nous trouver le 30 juin 1884. Elle ne peut se coucher depuis un mois, son ventre est énormément distendu, ses membres inférieurs sont très œdématiés jusqu'aux cuisses.

Les douleurs sont des plus vives et le malade est obligé de rester debout pour pouvoir respirer.

L'abdomen est si volumineux qu'il est difficile de l'examiner il y a de la matité étendue du pubis à la neuvième côte et de la fluctuation, on ne trouve de la sonorité qu'en arrière de chaque côté de la colonne vertébrale. La santé avait été parfaite avant le cinquième mois.

Bien que le diagnostic soit hésitant entre grossesse qui était certaine et kyste de l'ovaire, les souffrances étaient si grandes et l'épuissement si complet qu'il fallut intervenir. On décide une incision exploratrice. En cas d'ascite ou de kyste le liquide serait ainsi enlevé, en cas d'hydramnios on rompait les membranes.

12 juillet. — On opère la malade exténuée en très mauvais état après ouverture de l'abdomen, on reconnaît que la tumeur est formée par l'utérus gravide avec hydramnios. On rompt les membranes, il s'en écoule 7 gallons. La malade, dès qu'elle est réveillée, remercie du soulagement et à 8 heures du soir elle expulse deux enfants, le second expulsé dans sa poche qui contient que deux pintes d'eau (c'est le plus petit). Le placenta était unique et ne portait que deux amnios et un seul chorion.

OBSERVATION XLIII

I-pare. —Hydramnios aiguë à trois mois environ.— Avortement gémellaire à cinq mois trois quarts.— Insertion vélamenteuse des deux cordons anastomosés l'un avec l'autre. — Grossesse bivitelline (Observation XV de M. Commandeur).

I-pare. Dernières règles du 10 au 18 mai 1908. Se présente à la Maternité le 13 novembre 1908 ayant des douleurs depuis quatre jours. Du troisième au quatrième mois de sa grossesse elle a eu des vomissements alimentaires et grossissait à vue d'œil. Elle présente un peu d'albumine dans les urines. Il y a eu des jumeaux dans sa famille.

Depuis le 10 novembre elle n'a pas senti remuer son enfant. Le palper est difficile, l'utérus est constamment tendu, dur, son fond remonte à 29 centimètres au-dessus du pubis, ses cornes, surtout la droite, sont distendues, il donne la sensation de flot. Pas de bruits fœtaux perceptibles.

La dilatation est de 3 centimètres, la poche des eaux intacte. On la rompt artificiellement à la dilatation complète, il ne s'écoule pas de liquide amniotique et l'enfant est expulsé rapidement en S.I.D.P.

C'est une fille morte et macérée de 520 grammes. L'utérus reste volumineux et on sent une poche des eaux qu'on rompt et d'où il s'écoule 3 litres d'eau.

Un second fœtus est expulsé en O.I.D.P. : il pèse 750 gr. et meurt une demi-heure après sa naissance.

Délivrance spontanée aussitôt après.

Le premier fœtus est très maigre et commence à se macérer.

Le deuxième fœtus est œdématié sur tout le tronc et aux membres, seule la tête est indemne.

Le placenta est unique, mais on distingue sur la face maternelle un sillon de séparation ; la cloison qui sépare les deux œufs est formée de quatre membranes : deux amnios et deux chorions. Les deux cordons présentent une insertion vélamenteuse, ils cheminent l'un vers l'autre et s'anastomosent au niveau de leur insertion.

OBSERVATION XLIV

III-pare. — Hydramnios aiguë à quatre mois. — Avortement gémellaire à quatre mois et demi. — Grossesse univitelline (Observation XVI de M. Commandeur).

Marie P..., tertipare. Un avortement à quatre mois et demi. Une grossesse à terme. Dernières règles du 5 au 9 novembre 1908.

Grossesse normale jusqu'au quatrième mois, à partir duquel son ventre grossit brusquement, occasionnant de la gêne respiratoire.

31 mars. — Son utérus mesure 28 centimètres, sa paroi abdominale est très tendue et présente une circulation veineuse collatérale. On a la sensation de flot et on ne peut percevoir de ballottement.

Le 6 avril, l'utérus remonte à 32 centimètres au dessus du pubis.

La malade souffre du ventre et ne peut dormir, son facies est angoisé. Pouls à 100. Température normale. Elle perd les eaux spontanément inondant le lit et le parquet. On trouve un premier fœtus dans le lit, baignant dans le liquide amniotique.

Dix minutes après, les douleurs reprennent et un second fœtus est expulsé et après lui la délivrance se fait immédiatement.

Le premier fœtus est hydramniotique ; le deuxième fœtus est expulsé dans ses membranes qui ne contiennent que quelques gouttes de liquide.

L'examen du placenta montre qu'il s'agit d'une grossesse univitelline ; les artères communiquant à plein canal. Le premier fœtus pèse 310 grammes, et le deuxième pèse 160 grammes. Le délivre 280 grammes.

OBSERVATION XLV

I-pare. — Hydramnios aiguë à trois mois. — Avortement gémellaire à quatre mois et demi. — Grossesse univitelline (Observation XVII de M. Voron).

Mme T..., dix-huit ans. Dernières règles du 18 au 23 juillet. Depuis un mois elle accuse une gêne de la respiration qui accompagne un développement anormal de son utérus.

A trois mois son ventre était gros comme à une grossesse de huit mois. Dans la nuit du 12 au 13 décembre elle est prise de douleurs et au matin elle perd spontanément environ un demi litre de liquide.

Elle entre à l'hôpital où elle accouche avant tout examen. A la salle on constate que son abdomen est encore très volumineux et remonte à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'ombilic, il n'y a pas de fluctuation et on ne sent que très vaguement un ballottement fœtal. On rompt les membranes et il en sort un flot de liquide évalué à 4 litres environ. Le deuxième fœtus se présente par l'épaule et est expulsé par évolution spontanée.

Les deux fœtus pèsent 260 et 280 grammes. La délivrance se fait spontanément un quart d'heure après. Le placenta est unique ; un seul chorion, 2 amnios, une cavité très petite avec

un cordon grêle ; l'autre cavité énorme avec un cordon court, très gros et très œdématié.

OBSERVATION XLVI

I-pare.— Hydramnios précoce. —Avortement gemellaire à cinq mois. — Grossesse bivitelline (Observation XVIII, (M. Trillat).

Antoinette F... I-pare. Dernières règles du 16 au 18 juin 1906. Elle aurait fait une chute vers le milieu de novembre. Elle a senti les premiers mouvements actifs vers le 10 décembre ; elle ne les sent plus depuis le 16. Les douleurs débutent le 21 décembre et elle entre à la clinique le même jour à 11 heures. La poche des eaux se rompt le lendemain matin, il s'en écoule un liquide très clair et très abondant. On l'examine le 22 décembre au matin.

On est frappé du volume de l'utérus qui mesure 27 centimètres de hauteur, on sent un premier pôle fœtal à droite et un autre pôle dans le flanc gauche, un troisième pôle est engagé. Le toucher fait reconnaître le col dilaté de 2 centimètres et sur lui un petit membre S.I.G. complet. A 10 heures du soir un garçon de 850 grammes est expulsé. Après cette expulsion l'utérus mesure encore 21 centimètres. La deuxième poche des eaux très épaisse est rompue artificiellement et il s'en coule 2 à 3 litres de liquide amniotique clair ; à sa suite une fille de 850 grammes est facilement extraite.

Délivrance spontanée une demie heure après. Elle se compose de 2 placentas séparés par un pont membraneux de 10 centimètres de longueur.

OBSERVATION XLVII

I-pare.— Hydramnios aiguë à sept mois. — Ponction abdominale. — Avortement rapide. — Anencéphale (Brindeau.— *Journal des praticiens*, 1911).

Une femme enceinte pour la cinquième fois et dont toutes les grossesses antérieures avaient été normales, entre à la clinique Tarnier au septième mois de sa gestation, déclarant que son ventre a beaucoup grossi depuis très peu de temps, qu'elle souffre, qu'elle est très gênée pour respirer. A l'examen, on constate que le fond de l'utérus remonte jusqu'au voisinage de l'appendice typhoïde, la circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic mesure 101 centimètres.

Quelques jours plus tard, le 27 novembre, le fond de la matrice est à 44 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et la circonférence abdominale atteint 103 centimètres. Le 3 décembre on pratique une ponction de l'utérus à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane.

La malade entre rapidement en travail et accouche d'un fœtus anencéphale du poids de 1.400 grammes qui meurt immédiatement.

Hydramnios aiguë à cinq mois. — Avortement thérapeutique à six mois.— Grossesse univitelline.

Dans sa pratique privée, M. Brindeau a observé un cas analogue. Appelé auprès d'une femme enceinte de six mois,

dont le ventre avait augmenté de volume dans des proportions considérables depuis quatre semaines et surtout depuis quelques jours, il fit le diagnostic d'hydramnios aiguë avec grossesse univitelline probable, diagnostic qui se trouve confirmé de tous points. Après ponction des membranes par le vagin, 10 litres environ de liquide amniotique s'écoulèrent; l'accouchement fut très rapide; la malade guérit parfaitement.

OBSERVATION XLVIII

II-pare. — Hydramnios aiguë à cinq mois. — Avortement thérapeutique à six mois. — Grossesse univitelline. — Insertion vélamenteuse d'un des cordons (Observation communiquée par le Dr A. Binet).

Mme M..., II-pare. Antécédents héréditaires nuls au point de vue gémellaire (il en est de même dans la famille du mari).

Antécédents pathologiques sans intérêt.

Première grossesse en 1908, qui évolue sans incidents autres que des vomissements un peu prolongés et aboutit à la naissance à terme d'un garçon qu'elle nourrit et qui est en parfait état actuellement.

Deuxième grossesse : Dernières règles du 3 au 8 mars 1910. Dès la fin mars, les vomissements apparaissent le matin, aussi est-ce sans surprise qu'elle voit ses règles d'avril manquer. Elle vient cependant me consulter au milieu d'avril. Je puis affirmer la grossesse vu l'état de l'utérus qui est déjà

assez volumineux plus qu'il ne l'est généralement à un mois de grossesse, mais surtout très ramolli dans sa totalité, sa consistance est celle d'une figue plus que mûre.

Les vomissements sont de plus en plus considérables, mais Mme M... souffre en outre de sensation de pesanteur au bas-ventre et de difficultés d'uriner.

Je revois Mme M... en mai et je trouve son utérus nettement rétrofléchi en même temps que je constate des signes d'entéro-colite. Je lui conseille des laxatifs, pour lutter contre la constipation et les vomissements, quelques massages utérins, la position génu-pectorale pour redresser son utérus. Pendant les massages, mon attention est toujours attirée par la mollesse toute particulière et la grosseur anormale de son utérus.

Les premiers jours de juin, son utérus qui a continué à grossir est à ce moment assez volumineux pour être fixé au-dessus du détroit supérieur et par conséquent ne plus retomber en rétroflexion. A partir de ce moment, la grossesse évolue normalement; plus de vomissements et Mme M... peut partir en vacances avec son mari, à qui j'avais fait part de la possibilité d'une grossesse gémellaire.

Fin août, Mme M... rentre et vient me trouver aussitôt. Elle n'a, me dit-elle, jamais été aussi grosse lors de sa première grossesse, et cela ne serait rien si depuis quelques jours son ventre n'enflait, dit-elle, à vue d'œil, en lui causant des douleurs abdominales presque continuelles.

Je l'examine et trouve en effet son utérus développé comme à la fin du huitième mois. Sa hauteur au-dessus du pubis est en effet de 27 centimètres et elle n'est enceinte que de cinq mois et demi. L'utérus est tendu, manifestement fluc-

tuant, on y fait ballotter de petites parties fœtales dont on ne peut apprécier la forme. Avec le stéthoscope on ne peut entendre en aucun point de l'utérus des bruits du cœur, on perçoit cependant un gros souffle utérin. Au toucher, le segment inférieur est tendu et on fait ballotter un petit sommet. Le col est très ramolli et entr'ouvert. Les urines analysées ne contiennent pas d'albumine. Je conseille à ma cliente le régime lacté et une potion iodurée.

Malgré cela l'état ne s'améliore pas, loin de là, l'hydramnios continue sa marche aiguë, les douleurs abdominales sont constantes, la malade ne peut plus manger sans voir le vomissement suivre l'ingestion, elle ne dort plus et ne trouve pas de position où elle repose. L'insomnie, l'impossibilité de s'alimenter lui font perdre en quelques jours sa bonne mine, son teint devient terreux, ses yeux excavés, la gêne respiratoire apparaît et le nombre de respirations monte progressivement à 24 puis à 30 par minute.

Le pouls devient de plus en plus rapide et arrive à dépasser 100 pulsations. La malade s'énerve et pleure comme un enfant. La hauteur de l'utérus au-dessus du pubis est de 34 centimètres le 8 septembre et je me décide à interrompre la grossesse, certain de ne faire que devancer la nature en évitant à la malade de plus graves accidents.

7 septembre. — Après une désinfection soigneuse du vagin, je dilate le col utérin avec quelques bougies de Hégar puis, me guidant sur mon index, j'introduis dans le col un perce-membrane avec lequel je fais un petit orifice sur les membranes. Je modère avec la main introduite dans le vagin la sortie du liquide et je recueille 8 lit. 1/2 de liquide amniotique normal. La malade est instantanément soulagée.

Je la replace dans son lit, après avoir placé sur la vulve un pansement qui ne tarde pas à être traversé par le liquide amniotique qui continue à suinter.

Un petit sommet s'est engagé, les contractions utérines qui ne tardent pas à se produire dilatent le col et, trois heures après la rupture des membranes le premier fœtus est expulsé. C'est un garçon dont la taille correspond à celle d'un fœtus de cinq mois ; il fait quelques inspirations et ne tarde pas à succomber.

J'attends un bon quart d'heure, les contractions utérines reprennent et je romps les membranes de l'autre œuf. Il s'écoule très peu de liquide et bientôt le second fœtus est expulsé, c'est encore un garçon de même taille à peu près que son frère.

La délivrance se fait naturellement une demi-heure plus tard. Une hémorragie l'accompagne, vite arrêtée par une injection intra-utérine chaude.

Le placenta est unique, les deux circulations fœtales communiquent largement ensemble, les deux cavités sont séparées par une cloison composée de deux amnios qu'on peut décoller jusqu'au placenta. Un des cordons présente une insertion vélamenteuse. Suites de couches normales.

Mme M..., est redevenue enceinte en 1911, les débuts de sa grossesse ont été des plus pénibles et nous avons assisté à des accidents causés par la rétroversion qui s'est reproduite à cette grossesse. Mme M... est partie en province et doit accoucher fin novembre, son état est parfait à notre dernière visite (août) et son utérus, a à ce moment un développement normal. Le médecin qui la soigne en province et là qui nous avons communiqué cette observation nous donne de ses nouvelles en octobre.

Il n'y a pas d'hydramnios et la grossesse est cette fois unique.

Nous avons trouvé, citées dans les auteurs auxquels nous nous sommes reporté, les observations suivantes :

(Beaudelocque. *journal de Sédillot*, an VII). — Une femme, sujette à de petites pertes de sang, fut prise en voyage, étant enceinte de six mois, et à la suite d'une perte, du développement subit et considérable du ventre tellement qu'il paraissait contenir plusieurs enfants à terme. Les membranes se rompirent et elle accoucha de deux fœtus morts de quatre mois au plus avec une quantité d'eau si considérable qu'un vase de 14 à 15 pintes en fut rempli.

Pelletan publie en 1834 dans *les Archives de médecine* une observation intéressante à cause des erreurs de diagnostic auxquelles donna lieu l'hydropisie qui fut prise pour une ascite et ponctionnée par voie abdominale. L'utérus contenait deux fœtus.

AUTEURS	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	DATE DE L'APPARITION DE L'HYDRAMNIOS	DATE DÉ L'ACCOUCHEMENT	QUANTITÉ DE LIQUIDE	ENFANTS	OBSERVATIONS
1. Mauriceau	?	?	?	4 mois 1/2	?	Mâles tous les deux.	Placenta commun.
2. Mercier, Jacquemier	?	?	5 mois, rapide en 15 jours avec fièvre et douleurs.	5 mois 1/2	Plus de 10 litres pour la deuxième poche supérieure.	?	Amniotite
3. Désormeaux Jacquemier	?	?	5 mois, avec fièvre et agitation.	6 mois	5 à 6 pintes dans chaque poche.		
4. Golay, Guillemet, obs. X	III-pare	?	3 mois, tout d'un coup.	6 mois	Plusieurs litres.	Monstre Janiceps.	Mono-amniotique.
5. Tillaux	V-pare	1 gémellaire.	4 mois 1/2 assez rapidement.	6 mois	?	?	Ponction de l'œuf par voie abdominale. 7 litres de liquide évacués. La grossesse continue pendant un mois.
6. Maygrier et Demelin obs. II	III-pare	?	4 mois 1/2 rapidement.	4 mois 1/2	6 litres dans la seconde poche. La première poche des eaux plate.	2 filles : 560 gr. 31 cm. 645 gr. 23 cm.	Grossesse univitelline
7. Maygrier et Demelin obs. VI	I-pare		Fin du 3e mois rapidement.	4 mois 1/2	3.500 grammes.	2 garçons : 330 gr. 25 cm. 220 gr. 22 cm.	Amniotique

			pide.				
10. Maygrier et Demelin obs. XIII	I-pare		5e mois en quelques jours	5 mois 1/2	?		Délivrance artificielle univitelline. Le père avait eu la syphilis.
11. Maygrier et Demelin obs. XV	II-pare		5e mois en huit jours.	5 mois 1/2	?		Délivrance artificielle. Le père est un ancien syphilitique.
12. Lepage	V-pare	4 accouchements à terme	3e mois développement rapide.	5 mois 1/2	20 lit. 1/2 retirés par ponction.	1er 1 450 grammes. œdématié hydropéricardite. Ascite et reins malades. 2e 1.000 grammes très macéré.	Diagnostic hésitant. Ponction abdominale le 1er juillet. Avortement spontané le 20. Grossesse bivitelline.
13. Chambrelent et Chemin	VIII-p.	3 à terme d'un premier mari. 2 avortements. 2 à terme, morts à quelques jours.	3 mois très rapidement.	6 mois	6 litres environ.	1er d'apparence normale mais avec fusion des deux reins. Le 2e est un monstre omphalosite péracéphale.	Délivrance artificielle. Placenta unique. Cordon bifurqué. Grossesse mono-amniotique.
14. Mac Clintock, thèse Ninaud obs. III	VII-p.	1re grossesse à terme morte depuis deux jours. 2e et 3e à terme. 4e faiblesse congénitale. 5e accouchement prématuré d'un enfant mort hydramnios.	6 mois augmentation rapide.	7 mois	?	2 enfants de sexes différents morts et macérés.	Grossesse bivitelline. Syphilis probable ?
15. Lambl. Thèse Ninaud obs. IV	IV-pare		3 mois 1/2.	4 mois	35 litres en deux ponctions.	Un des enfants rouge sombre, macéré, l'autre pâle et décoloré.	Diagnostic hésitant. Ponction abdominale renouvelée cinq jours après. Avortement deux jours après la deuxième ponction.

AUTEURS	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	DATE DE L'APPARITION DE L'HYDRAMNIOS	DATE DE L'ACCOUCHEMENT	QUANTITÉ DE LIQUIDE	ENFANTS	OBSERVATIONS
16. Green Thèse Ninaud obs. V	VI-pare	Toutes normales.	4 mois 1/2 rapidement.	5 mois provoqué	Six quarts ?	2 garçons : 1 livre et 1 liv. 1/2. Un pied bot.	Ponction des membranes par l'orifice utérin. Accouchement deux jours après. Grossesse univitelline, la cloison amniotique résorbée en partie.
17. Ninaud obs. VIII	IX-pare		4 mois 1/2 en dix jours.	5 mois provoqué	5 lit. 1/2.	?	Rupture artificielle des membranes. Grossesse univitelline anastomose directe des veines.
18. Ninaud obs. IX Prof. Pinard	V-pare	2 à terme. 1 prématuré. 1 avortement ovulaire.	5 mois.	4 mois	10 litres dans chacune des poches.	2 filles.	Rupture artificielle des membranes. Grossesse bivitelline.
19. Clavaud-Ribourgeon obs. I	I-pare		3e mois au 4e mois rapidement.	6e mois	Grande quantité dans le premier œuf.	1 kilog. et 900 gr.	Placenta unique.
20. Clavaud-Ribourgeon obs. II	II-pare	1 à terme.	?	6 mois 1/2	Grande quantité dans les deux œufs.	Garçons : 1100 gr. 1150 gr.	Placenta unique.
21. Clavaud-Ribourgeon obs. VIII	III-pare	2 accouchements prématurés à sept mois.	?	4 mois 1/2	Grande abondance dans la deuxième poche.	2 garçons : 390 gr., macéré 400 gr., vivant	Placenta unique.
22. Clavaud-Ribourgeon obs. XLII	II-pare	1 à terme.	5 mois avec douleurs violentes.	6 mois	8 litres de liquide dans la deuxième poche.	Garçon : 1550 gr. 960 gr. (hydram.)	Accouchement provoqué par ballon de Champetier.

24. obs. XII (Remy)	IX-pare	Toutes à terme.	4 à 5 mois avec poussée nouvelle à six mois.	6 mois 1/2	10 litres, une seule poche hydramniotique.	?	Délivrance artificielle. Grossesse univitelline. Insertion vélamenteuse d'un des cordons.
25. obs. XVIII (Dupuy)	X pare	3 à sept mois. 6 normales à terme.	6 mois 1/2 en quinze jours.	7 mois	13 litres dans une poche très peu dans l'autre.	1 fille: 1480 gr, 1 acéphale phocomèle : 813 gr.	Accouchement provoqué par rupture artificielle des membranes. Le cordon du monstre était sectionné spontanément et cicatrisé.
26. Maygrier	VII-p.	5 à terme. 1 avortement de deux mois	4e mois rapidement développement insolite.	6 mois	Première poche peu de liquide. Deuxième poche : 8 lit. 1/2.	2 garçons : 970 gr. 36 cm. 1190 gr. 36 cm. Les organes du 2e sont hypertrophiés. Cœur et foie intacts.	Délivrance artificielle. Grossesse univitelline. Insertion vélamenteuse dans l'œuf hydroamniotique. Anastomoses artérielles multiples.
27. Pollosson	?	?	5 mois.	5 mois	12 à 15 litres le deuxième fœtus naît enveloppé de ses membranes sans liquide.		Ponction des membranes par le vagin.
28. Lamouroux	IV-pare	?	3 mois 1/2, progrès d'un jour à l'autre.	5 mois	8.750 gr. dans la première poche. Le deuxième fœtus expulsé avec le placenta dans une poche résistante où il y a plus de liquide.	2 enfants : 680 gr. » 610 gr.	Grossesse univitelline. Torsions nombreuses d'un des cordons et 2 rétrécissements serrés. Une injection poussée dans le cordon normal remonte dans l'autre sans qu'il y ait d'anastomoses visibles sur la face fœtale.
29. Keim	III-pare	2 à terme.	3 mois rapidement.	5 mois	12 à 14 litres, la deuxième poche vide d'eau.	2 garçons : 490 gr. Malformation de la poche droite, cœur colossal, reins hypertrophiés et distendus, vessie distendue. L'autre, 380 gr. normal.	Grossesse univitelline.

AUTEURS	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	DATE DE L'APPARITION DE L'HYDRAMNIOS	DATE DE L'ACCOUCHEMENT	QUANTITÉ DE LIQUIDE	ENFANTS	OBSERVATIONS
30. Boissard	?		?	5 mois	1/2 litre de liquide dans la première, quantité énorme dans la seconde poche.	Garçon : 600 gr. Fille : 530 gr.	Diagnostic hésitant en raison de troubles péritonéaux, laparotomie exploratrice, puis perforation des membranes et introduction d'un ballon de Boissard. Délivrance artificielle du deuxième placenta. Grossesse bivitelline placentas séparés.
31. Thoyer-Rozat	I-pare		Évolution rapide.	5 mois	Première poche, quantité normale. Deuxième poche plus de 1.050 gr. Troisième poche quantité normale.	1er garçon mort et momifié en partie, 320 gr. 2e garçon, 620 gr. vivant. 3e garçon, 720 gr. vivant.	Grossesse univitelline. Le deuxième cordon décrit cinq circulaires serrés autour du cou du fœtus ; le troisième cordon a son insertion vélamenteuse. Anastomoses multiples artério-veineux et d'artère à artère.
32. Maygrier	I-pare			6 mois 1/2	Grande abondance dans la première poche, peu dans la deuxième.	2 fœtus. 1.030 gr. 740 gr.	Délivrance artificielle. Grossesse univitelline. Un des cordons chemine dans l'épaisseur des membranes accolées.
33. Bouchacourt et Valeury	III-pare	Avortement à 5 mois. Accouchement à 7 mois.	5 mois en 8 jours.	5 mois 1/2	7 à 8 litres.	2 garçons : 330 gr. et 290 gr. Le cœur du fœtus hydoamniotique pèse 1/3 de plus que l'autre.	Albumine. Tuberculose de la mère. Ponction de l'œuf par le vagin, puis deux jours après provocation du travail par laminaire. Quatre jours après délivrance artificielle.

35. Couvelaire	I-pare		3 mois 1/2.	4 mois 1/2	Première poche 3.100 gr. recueillis Le deuxième fœtus expulsé avec le placenta dans une poche oligramniotique.	1re fille, 440 gr. 2e fille, 330 gr.	Avortement thérapeutique par rupture artificielle des membranes, puis par un ballon de Champetier 7 jours après. Grossesse bivitelline.
36. Bar			2e mois.	5 mois 1/2	10 litres à première ponction, 7 litres à la deuxième.	1er fœtus dans la poche hydramniotique, pâle et maigre. 2e fœtus oligohydroamniotique œdématié et mort, foie très congestionné.	1re ponction de 10 litres à 4 mois de grossesse. 2e ponction de 7 litres 43 jours après. Avortement 2 jours après la deuxième poche. Grossesse univitelline. Anastomoses profondes, pas d'anastomoses superficielles.
37. Thèse Beguain, obs. I (Scarpa)	V-pare		5 mois.	6 mois	25 à 30 litres par la ponction, 15 litres à la rupture.		Diagnostic hésitant, ponction abdominale, avortement le lendemain.
38. (Noël Demarais) Obs. II	?	?	5 mois.	5 mois 1/2	12 litres par ponction.		Diagnostic hésitant entre ascite et grossesse, ponction abdominale. Avortement spontané 21 jours après.
39. (Arzac) Obs. VI	II-pare		3 mois 1/2, rapidement.	5 mois 1/2	10 litres par ponction.	2 filles: 1 macérée, 670 gr. 36 cm. L'autre? 36 cm.	Diagnostic hésitant: laparotomie et ponction de l'utérus dénudé. Avortement 5 jours après.
40 Planchu Obs. VII	II-pare	Avortement à 3 mois	2 mois	5 mois	6 lit. 800.	1 fœtus mort depuis une semaine. Ventre très gros, foie énorme, ascite, 470 gr. Deuxième mort depuis une semaine, maigre, chétif, 340 grammes.	Grossesse univitelline monoamniotique.

AUTEURS	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	DATE DE L'APPARITION DE L'HYDRAMNIOS	DATE DE L'ACCOUCHEMENT	QUANTITÉ DE LIQUIDE	ENFANTS	OBSERVATIONS
41 Wilson Obs. X	II-pare		5 mois	5 mois 1/2	Un seau.	2 filles : la plus grosse dans l'œuf hydramniotique, cœur et reins hypertrophiés.	Avortement thérapeutique.
42 Wilson Obs. XII	VII-p.	Enfants vivants	4 mois	5 mois 1/2	7 gallons. Deuxième enfant expulsé dans une poche contenant 2 pintes de liquide.		Diagnostic hésitant. Laparotomie. Rupture des membranes.
43 Commandeur Obs. XV	I-pare		3e au 4e mois à vue d'œil	5 mois 3/4	Oligoamnios de la première poche. 3 litres recueillis dans la deuxième poche.	Fille morte et macérée de 520 grammes, très maigre. Deuxième fœtus œdématié, vivant, 750 gr.	Grossesse bivitelline. Insertion vélamenteuse des deux cordons qui s'anastomosent au niveau de leur insertion.
44 Commandeur Obs. XVI	III-pare	1 avortement à 4 mois 1/2 1 à terme	4 mois, brusquement	4 mois 1/2	Grande quantité dans la première poche. Le deuxième fœtus expulsé de ses membranes qui ne contiennent que quelques grammes.	Premier fœtus, 310 gr. Deuxième fœtus, 160 gr.	Grossesse univitelline. Anastomose à plein canal sur la face fœtale du placenta.

47. Brindeau			5 mois	6 mois	10 litres.		Grossesse univitelline.
48 Binet	II-pare	Accouchement à terme	5 mois	6 mois	8 lit. 1/2.	2 garçons.	Avortement thérapeutique par rupture artificielle des membranes. Grossesse univitelline.

CONCLUSIONS

L'hydramnios à marche rapide est une complication de la grossesse, assez rarement rencontrée en pratique, mais qu'il importe de bien connaître si l'on veut éviter des erreurs fâcheuses.

La précocité et la rapidité de son développement devront faire penser à une grossesse gémellaire et craindre l'imminence de l'interruption de la grossesse.

Le diagnostic, facile si l'on assiste à l'évolution de l'hydramnios, peut présenter des difficultés presque insurmontables lorsqu'on voit la malade au moment où les accidents causés par la surdistension abdominale sont à leur maximum et rendent l'examen des plus difficiles. Ces accidents peuvent imposer assez souvent l'intervention et l'interruption artificielle de la grossesse.

Celle-ci devra être provoquée par ponction des membranes au travers du col.

La laparotomie sera réservée aux cas ou le diagnostic ne pourra être posé entre tumeur liquide

abdominale compliquant ou non la grossesse et hydramnios à marche rapide, auquel cas la laparotomie exploratrice devra être préférée à la ponction abdominale.

Vu : le président de la thèse,
PAUL BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bar (Paul). — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (Pathogénie, 1881. Thèse de Paris).

— Sur un cas d'hydramnios développé dans les premières semaines de la grossesse (Notes d'obstétrique. 1889).

— Remarque sur quelques cas de gémellité. Société d'obstétrique de Paris, 18 avril 1907.

Bar (P.) et Eleuterescu. — Le Placenta et les fœtus dans la grossesse gémellaire univitelline. Communication à la Société obstétricale de France, 1897.

Beguain. — De l'Hydramnios précoce dans les grossesses gémellaires. Thèse de Lyon, 1910.

Boissard. — Hydramnios et grossesse gémellaire (Journal des praticiens, 26 octobre 1901).

Bocquet. — Traitement de l'hydramnios (Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie, 20 mars 1907).

Bouchacourt et Valency. — Hydramnios avec accidents graves, dans une grossesse gémellaire de quatre mois et demi univitelline. Avortement provoqué. Guérison. Société d'obstétrique de Paris, 16 juin 1904.

Bousquet. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'hydramnios aiguë. Thèse de Bordeaux, 1897-1898.

Brindeau. — Hydramnios à marche aiguë (Journal des Praticiens, 18 février 1911).

Chambrelent et Chemin. — Grossesse gémellaire. Hydram-

nios, accouchement prématuré (Journal de médecine de Bordeaux, 1896, n° 90).

Chambrelent. — Grossesse double et hydramnios. Société d'obstétrique de Bordeaux, 12 déc. 1900 (Gazette de médecine et de chirurgie, 3 janvier 1901).

Charpentier. — De l'Hydramnios et en particulier de l'hydramnios aiguë (Archives de Tocologie, juin à octobre 1890).

Clavaud-Ribourgeon. — Contribution à l'étude clinique de l'hydramnios dans la grossesse gémellaire. Thèse de Paris, 1896.

Couvelaire. — Avortement thérapeutique pour grossesse gémellaire d'environ huit mois compliquée d'hydramnios des deux œufs (Revue pratique d'obstétrique et de pédiâtrie, septembre 1906).

Darnis. — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hydramnios. Thèse de Paris, 1891.

Demelin et Maygrier. — Étude clinique sur l'avortement multiple et en particulier de l'avortement gemellaire (Archives de tocologie et de gynécologie, 25 février 1892).

Dieulafé et Gilles. — Pathogénie de l'hydramnios et de l'oligo-amnios (Bulletin médical, 23 décembre 1908).

Guillemet. — Contribution à l'étude de l'hydramnios. Thèse de Paris, 1876.

Hulles. — Un cas d'hydramnios aiguë dans la grossesse gemellaire (Semaine de gynécologie, 23 mai 1899).

Jacquemier. — Manuel des accouchements, 1846, p. 428 à 430.

Legaye. — Contribution à l'étude classique de l'hydramnios. Thèse de Paris, 1903.

Lepage. — De la ponction de l'utérus par la voie abdominale dans l'hydropisie de l'amnios (Annales de gynécologie, octobre 1888).

Keim. — Gemellite et malformations en rapport avec l'hérédité tuberculeuse (Société d'obstétrique de Paris, 6 juillet 1899).

Lamouroux. — Grossesse gemellaire univitelline (Société d'obstétrique de Paris, 18 mai 1899).

Mauriceau. — Observation sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Paris 1838, p. 265.

Maygrier. — Grossesse gemellaire univitelline obstétrique, 15 juillet 1897.

Ninaud. — Étude sur l'hydropisie aiguë de l'amnios. Thèse de Paris 1893.

Polosson. — Sur le diagnostic de la grossesse gemellaire dans certains cas d'hydramnios aiguë (Société des sciences médicales de Lyon, juillet 1898. — Lyon médical, 4 septembre 1898).

Siou. — Contribution à l'étude de l'hydramnios dite aiguë. Thèse de Paris, 1896.

Tillaux. — Gazette des hôpitaux, août 1886.

Thoyer-Rozat. — Sur deux cas de grossesse triple (Société d'obstétrique de Paris, 19 mars 1903).

Trachet. — Note sur le diagnostic de la grossesse gemellaire compliquée d'hydramnios (Archives de tocologie, novembre 1889).

Imp. la de Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.